



Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias

Xhavier Velásquez P.

FONDO EDITORIAL DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
Colección Académica.SERIE TRABAJOS DE LICENCIATURA

Universidad Central de Venezuela

Giuseppe Giannetto

RECTOR

Ernesto González

VICERRECTOR ACADÉMICO

Manuel Mariña

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Elizabeth Marval

SECRETARIA GENERAL

Facultad de Humanidades y Educación

Benjamín Sánchez

DECANO

Vincenzo Piero Lo Monaco

COORDINADOR ACADÉMICO

Eduardo Santoro

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Aura Marina Boadas

COORDINADORA DE EXTENSIÓN

Omar Astorga

COORDINADOR DE POSTGRADO

Adriana Bolívar

COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN

Las obras publicadas en la Colección Académica, serie Trabajos de Ascenso y Licenciatura, solo han sido modificadas en su diagramación no así en su contenido, respetándose en su integralidad el texto que ha sido reconocido por el jurado calificador con la mención publicación.

El Editor

©Fondo Editorial de Humanidades y Educación 2001
Departamento de Publicaciones Universidad Central de Venezuela
Ciudad Universitaria. Caracas-Venezuela.
Teléfonos: 605 2938. Fax: 605 2947

Trabajo presentado por
Xhavier Velásquez P.,
para optar a la Licenciatura en Psicología.

1^a edición 2001

Diseño de colección y portada: *Adrián Prado*

Edición al cuidado de: *JNL&A*

Auto edición electrónica: *JNL&A*

100 ejemplares impresos en Venezuela. Printed in Venezuela

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal minimizar la influencia de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.), a través de un Programa de Asesoramiento Psicológico (PAP) centrado en las áreas de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.), Hábitos Comportamentales (H.C.) y Trastornos Emocionales (T.E.).

El PAP consta de cinco (5) sesiones individualizadas, de las cuales: una se centra en establecer un contacto inicial con el paciente, otra en medir los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares, dos a intervenir psicológicamente a los pacientes, por medio del suministro de información, modelaje de técnicas de relajación y técnicas relacionadas con la toma de conciencia de la enfermedad, y otra a evaluar el impacto del programa al cabo de un mes.

La muestra estuvo constituida por 14 pacientes con enfermedades isquémicas diagnosticadas, con edades comprendidas entre 45 y 80 años. El diseño utilizado fue cuasi-experimental pre-test –post-test con seguimiento semanal.

Para la medición de las áreas de los F.P.P.E.C.V. se diseñaron dos instrumentos llamados Cuestionarios de Estilo de vida Sano (pre-test) y Cuestionario de Estilo de Vida Sano versión semanal (seguimiento semanal) más el Jenkins Activity Survey (JAS). La evaluación del programa fue hecha a través de los instrumentos mencionados anteriormente vía telefónica y excluyendo el JAS ya que éste fue utilizado como diagnóstico para detectar puntajes altos en sus áreas y centrar la aplicación del programa de acuerdo a sus resultados.

Los resultados fueron analizados cuantitativamente a través del análisis porcentual y de la prueba estadística no paramétrica de Pares Igualados de Wilcoxon, además se realizaron análisis correlacionales a través del coeficiente de correlación de Spearman y el coeficiente de correlación Punto-biserial para las áreas de los F.P.P.E.C.V. y éstos con las variables de Herencia, Nivel de instrucción y Eventos Cardíacos Anteriores.

Los resultados demuestran una diferencia significativa después de la aplicación del PAP en el área de Estímulos Ambientales Estresantes y una disminución porcentual en la categoría **Riesgoso** en todas las áreas de los F.P.P.E.C.V. La investigación reveló que un 50% de los pacientes estudiados poseían puntajes **Riesgosos** en el JAS, específicamente en las áreas de Patrón de Conducta Tipo A (**PCTA**) y Envolvimiento en el Trabajo (**H**). También hubo altas correlaciones entre los puntajes de **E.A.E.** y **PCTA**, **E.A.E.** y **T.E.**, **Herencia** y **H.C.** y **Eventos Cardíacos Anteriores** y **H.C.**

AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Humberto Casal, Francisco Tortoledo y Enrique Fermín, pertenecientes al equipo de médicos del Laboratorio de Hemodinamia del Hospital de Clínicas Caracas

Agradecimientos especiales a la Lic. María Isabel Parada Jefa de la Unidad de Orientación y Apoyo Familiar de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas Caracas. Tutora de esta Investigación

Agradecimientos Especiales al Lic. Eduardo Santoro Profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela. Asesor metodológico de esta Investigación.

RECONOCIMIENTOS

A la colaboración prestada por la Lic. Mariela Patiño, al Lic. Alejandro Díaz Landaeta y la Lic. Adriana Díaz Perdomo

Un reconocimiento muy especial al Arquitecto Wilfredo Velásquez

***A MIS PADRES, A MI HERMANO, A MIS TÍOS Y A
MIS PRIMOS***

INDICE

	Pág.
I. Introducción	19
II. Planteamiento del Problema y Justificación	21
III. Objetivos	27
IV. Marco Teórico	29
1. Enfermedades Cardiovasculares	29
1.1. Factores de Riesgo	30
1.2. Factores Psicológicos Predisponentes de las Enfermedades Cardiovasculares	33
1.2.1. Estímulos Ambientales Estresantes	33
1.2.2. Hábitos Comportamentales	34
1.2.3. Trastornos Emocionales	36
1.2.4. Patrón de Conducta Tipo A	38
1.2.5. Estilo de Vida Anterior al Infarto	42
1.2.6. Estilo de Vida Sano	43
2. Relación de Ayuda	44
2.1. Características de la Relación de Ayuda	45
2.2. El Psicólogo en la Relación de Ayuda	46
2.3. El Asesoramiento Psicológico	47
2.4. Definición de Asesoramiento Psicológico	47
2.5. Rol del Asesor Psicológico en la Salud	48
2.5.1. El enfermo ¿Individuo o persona?	50
2.5.2. ¿Qué es lo que caracteriza a la persona?	52
2.6. El psicólogo como promotor de la salud cardiovascular	54
3. Tratamiento psicológico a pacientes cardiopatas	55
4. Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con enfermedades Coronarias centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes	58
4.1. Fundamentos Teóricos de las Técnicas Utilizadas en el Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias.	68
4.1.1. Establecimiento de la relación de ayuda	68
4.1.2. Establecimiento de los límites de la relación	69

	4.1.2.1. La comunicación	70
	4.1.2.2. Elementos	70
	4.1.2.3. Niveles de análisis	71
	4.1.2.4. Comunicación verbal	72
	4.1.2.5. Comunicación no verbal	72
	4.1.2.6. Modelos de comunicación	73
	4.1.2.7. Estrategias para establecer la relación terapéutica Y suministro y obtención de información	75
	4.1.3. Conciencia	76
	4.1.4. Relajación y respiración	77
	4.1.5. Visualización	79
	5. Sistema de Hipótesis	79
	6. Sistema de variables	80
V.	Metodología	81
	1. Población	81
	2. Muestra	81
	3. Diseño de investigación	81
	3.1. Diseño de la experiencia	82
	4. Instrumentos	82
	4.1. Entrevista semi-estructurada de salud	83
	4.2. El inventario de Actividades de Jenkins (JAS)	83
	4.3. Cuestionario de Estilo de Vida Sano	84
	4.4. Cuestinoario de Estilo de Vida Sano versión control semanal	84
	5. Estudio Piloto	85
	6. Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes Con Enfermedades Coronarias	86
	6.1. Técnicas de recolección de información	88
	6.2. Técnicas de presentación y análisis de resultados	90
VI.	Resultados del Estudio	91
	1. Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados	96
	1.1. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon	96
	1.1.1. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.)	96

1.1.2.	Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Hábitos Comportamentales (H.C.)	98
1.1.3.	Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Trastornos Emocionales (T.E.)	99
1.2.	Análisis Porcentual de los Factores Psicológicos Predisponentes a las E.C.V. discriminadas por Categorías antes y después de la aplicación de PAP.	100
1.2.1.	Análisis porcentual del área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.) discriminadas por categorías antes y después de la aplicación del PAP.	101
1.2.2.	Análisis porcentual del área de Hábitos Comportamentales (H.C.) discriminadas por categorías antes y después de la aplicación del PAP.	103
1.2.3.	Análisis porcentual del área de Trastornos Emocionales (T.E.) discriminadas por categorías antes y después de la aplicación del PAP.	106
1.3.	Análisis Cronológico de los Factores Psicológicos Predisponentes a las E.C.V. Discriminadas por Categorías durante tres semanas	109
1.3.1.	Análisis Cronológico de la categoría Riesgoso de los Factores Psicológicos Predisponentes a las E.C.V. durante tres semanas	110
1.3.2.	Análisis Cronológico de la categoría Moderado de los Factores Psicológicos Predisponentes a las E.C.V. durante tres semanas	111
1.3.3.	Análisis Cronológico de la categoría No Riesgoso de los Factores Psicológicos Predisponentes a las E.C.V. durante tres semanas	112
1.4.	Análisis Porcentual de los factores Medidos por el JAS Discriminados por Categorías	115
1.4.1.	Análisis Porcentual del Patrón de Conducta Tipo A por el JAS discriminados por Categorías	116

1.4.2.	Análisis Porcentual del Factor Prisa e Impaciencia (S) del JAS discriminados por Categorías	117
1.4.3.	Análisis Porcentual del Factor Envolvimiento en el Trabajo (J) del JAS discriminados por Categorías	118
1.4.4.	Análisis Porcentual del Factor Comportamiento Duro Y Competitivo (H) del JAS discriminados por Categorías	119
1.5.	Análisis Correlacional entre variables	122
1.5.1.	Análisis Correlacional entre las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares	122
1.5.2.	Análisis Correlacional entre los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares y las variables Herencia, Nivel de instrucción y Eventos Cardíacos Anteriores	123
1.6.	Análisis Cualitativo del Programa de Asesoramiento Psicológico	125
1.6.1.	Análisis Cualitativo de la sesión número 1: Contacto Inicial con el Paciente	126
1.6.2.	Análisis Cualitativo de la sesión número 2: Diagnóstico	126
1.6.3.	Análisis Cualitativo de la sesión número 3: Intervención Psicológica I	127
1.6.4.	Análisis Cualitativo de la sesión número 4: Intervención Psicológica II	127
1.6.5.	Análisis Cualitativo de la sesión número 5: Evaluación	128
VII.	Conclusiones	129
VIII.	Limitaciones	131
IX.	Recomendaciones	133
X.	Reflexiones	135
XI.	Bibliografía	137
XII.	Anexos	143

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del Cuestionario Estilo de Vida Sano Antes y Después de la Aplicación del Programa	92
Tabla N°2: Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del Cuestionario Estilo de Vida Sano Versión Semanal	93
Tabla N°3: Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del JAS Expresadas en Percentiles	94
Tabla N°4: Resultados obtenidos en la Entrevista Semi-Estructurada de Salud	95
Tabla N°5: Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon en El Área de Estímulos Ambientales Estresantes	97
Tabla N°6: Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon en El Área de Hábitos Comportamentales	98
Tabla N°7: Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon en El Área de Trastornos Emocionales	99
Tabla N°8: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por Categorías y Áreas Del Cuestionario de Estilo de Vida Sano Aplicado Antes y Después del PAP	101
Tabla N°9: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por Categorías en el Área de Estímulos Ambientales Estresantes Antes y Después de la Aplicación del PAP	101
Tabla N°10: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por Categorías en el Área de Hábitos Comportamentales Antes y Después de la Aplicación del PAP	103
Tabla N°11: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por Categorías en el Área de Trastornos Emocionales Antes y Después de la Aplicación del PAP	106
Tabla N°12: Cantidad de Pacientes Discriminados por Categorías y Áreas del Cuestionario de Estilo de Vida Sano Versión Semanal al Cabo de Tres Semanas	109
Tabla N°13: Distribución de Pacientes en la Categoría Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas.	110
Tabla N°14: Distribución de Pacientes en la Categoría Moderado de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de tres Semanas	111

Tabla N°15: Distribución de Pacientes en la Categoría No Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de tres Semanas	113
Tabla N° 16: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el JAS	115
Tabla N° 17: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el Área de PCTA	116
Tabla N° 18: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor S del JAS	117
Tabla N° 19: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor J del JAS	118
Tabla N° 20: Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor H del JAS	119
Tabla N° 21: Correlación entre las Áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares	122
Tabla N° 22: Correlación entre Herencia, Nivel de Instrucción y Eventos Cardíacos Anteriores con respecto a los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares	123

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Estímulos Ambientales Estresantes Antes de la Aplicación de Programa de Asesoramiento Psicológico	102
Gráfico N°2: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Estímulos Ambientales Estresantes Después de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico	102
Gráfico N°3: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Hábitos Comportamentales Antes de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico	104
Gráfico N°4: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Hábitos Comportamentales Después de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico	105
Gráfico N°5: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Los Trastornos Emocionales Antes de la Aplicación del PAP	107
Gráfico N°6: Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Los Trastornos Emocionales Después de la Aplicación del PAP	107
Gráfico N° 7: Comportamiento de la Distribución de Pacientes en la Categoría Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas	110
Gráfico N° 8: Comportamiento de la Distribución de Pacientes en la Categoría Moderado de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas	112
Gráfico N° 9: Comportamiento de la Distribución de Pacientes en la Categoría No Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas	113
Gráfico N°10: Porcentajes de Pacientes Categorizados en el área de PCTA	116
Gráfico N°11: Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor S	117
Gráfico N°12: Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor J	118
Gráfico N°13: Porcentajes de Pacientes Categorizados en el factor H	119

I. INTRODUCCIÓN.

El corazón está inmerso en el sistema circulatorio de la anatomía humana, es un músculo que se encuentra situado dentro de la caja torácica, su función principal es la de bombear y la de purificar la sangre que contiene las sustancias energéticas que alimentan a todas las células de nuestro cuerpo, en síntesis, el corazón es un órgano vital para nuestra existencia, para nuestra vida.

Dada la importancia del corazón en la vida humana, éste se ha visto afectado por diversas enfermedades, cabe destacar, que no es el corazón quién se enferma aisladamente, somos nosotros los que lo enfermamos, enredándonos en los dramas que nos creamos, dejando de prestar atención a las pequeñas alegrías que nos rodean. Estas enfermedades que afectan al corazón son llamadas Enfermedades Cardiovasculares y consisten en una acumulación de sustancias dentro de las arterias coronarias, que van obstruyendo el paso de la sangre, obstaculizando el oxígeno que ella contiene e impidiendo que el corazón realice sus funciones.

Estas enfermedades son desarrolladas por diversos factores de riesgo, los cuales se pueden clasificar en exógenos y endógenos, elevados niveles de colesterol en la sangre y factores hereditarios. Por otra parte el corazón siempre se ha asociado con las emociones, con el amor, con los sentimientos en general. Corazón de oro, corazón de piedra, corazón abierto, sin corazón, todo corazón... ¿Cuál de estas expresiones es la que cree que se ajusta más a usted?. No es de extrañar entonces, que dentro de los factores de riesgo existan los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares, en los cuales se profundizará más adelante puesto que constituyen la plataforma de ésta investigación.

Por ahora se mencionará, que son varios los investigadores que han estado interesados en el tema y dada la importancia del mismo, se han planteado la atención interdisciplinaria a este tipo de paciente, donde cardiólogos, psiquiatras y psicólogos en un trabajo conjunto en pro del bienestar del ser humano que padece de esta enfermedad, atacan los diversos factores de riesgo desde su ámbito de acción.

Es así como, la presente investigación tiene como objetivo principal la elaboración, aplicación y evaluación de un Programa de Asesoramiento Psicológico (PAP) basado en los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares. El programa estará teóricamente fundamentado en los Factores Psicológicos Predisponentes de las enfermedades Cardiovasculares expuesto por Bueno y Buceta (1987).

II. Planteamiento del Problema y Justificación

En la sociedad actual las enfermedades del corazón y de las arterias ocupan el primer lugar como causa de muerte en la población adulta y anciana, dato significativamente alarmante es que la mayoría de las víctimas tienen menos de 65 años de edad, hecho que se confirma repetidamente en la mayoría de los países industrializados y los del tercer mundo, en específico las enfermedades isquémicas del corazón se han ganado el nombre de “La epidemia del siglo XX” luego del SIDA y sus manifestaciones más importantes son el infarto del miocardio y la angina o insuficiencia coronaria (Restrepo, 1992).

La enfermedad coronaria se considera como la afección de las grandes masas industrializadas y pareciera ser que las causas son predominantemente ambientales. En esto ha influido los diversos cambios culturales y sociales que caracterizan el estilo de vida de dichas poblaciones. Estos cambios se han extendido en la sociedad contemporánea y aún en los países pobres, a pesar de los pocos recursos que posee, un gran porcentaje de la población adulta está sufriendo de estos problemas cardiovasculares.

En Venezuela para 1993 las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte, siendo el 42.4% de la causa de mortalidad total de la población, y al igual que otros países, la población masculina es la más afectada con una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 75,10 por cada 100.000 habitantes en relación con la población femenina cuya tasa de mortalidad por causas coronarias es de 51,85 % (Pérez, 1997).

Las enfermedades cardiovasculares se refieren a un grupo de enfermedades que involucra al corazón y a los vasos sanguíneos, entre ellas se encuentran: las enfermedades coronarias, ataque al corazón, infarto al miocardio, arterioesclerosis y angina pectoral (Pérez, 1997).

Como se sabe el corazón es un órgano que funciona como una bomba, que puede sufrir un mayor deterioro por un conjunto de factores de riesgo entre los cuales destacan los siguientes:

Los factores biológicos (entre los más comunes) son: hipertensión, tabaquismo, herencia, diabetes, obesidad, sexo, edad, entre otros.

La hipertensión consiste en un aumento sostenido de la presión arterial que contribuye con la ocurrencia de un evento cardíaco; el hábito de fumar puede desencadenar alteraciones en la cubierta epitelial de los vasos sanguíneos, lo que puede desencadenar un infarto al miocardio (IM); la diabetes contribuye a la obstrucción de las arterias coronarias debilitando las mismas perjudicando el paso del flujo sanguíneo y aumentando así el riesgo de padecer una

cardiopatía; una dieta alta en grasas, colesterol y sal contribuye también al incremento de la mortalidad por causa de las enfermedades cardiovasculares.

Es importante destacar, que las personas pertenecientes al sexo masculino son más propensas a padecer enfermedades cardiovasculares que las personas pertenecientes al sexo femenino; la edad, es otro factor que influye en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, a mayor edad el individuo tiene mayor posibilidad de padecer enfermedades del corazón dado el deterioro que ha sufrido su organismo (Correa y Dos Reis, 1995).

Entre los factores psicosociales más comunes que aumentan la prevalencia de las cardiopatías isquémicas encontramos: *estímulos ambientales estresantes, trastornos emocionales, hábitos comportamentales poco saludables y las características personales de riesgo* (Bueno y Buceta, 1997).

Estos factores están obviamente relacionados con el estilo de vida que tenga el individuo, este estilo, en particular, el de el cardiópata, es producto del descontacto que tienen estos individuos con su persona (Barroso, 1987). La función de contacto es una función que se sustenta en las “necesidades vitales” de un individuo de unión y separación. El contacto es la conciencia de las novedades asimilables y el comportamiento correspondiente hacia ellas, y el rechazo de la novedad inasimilable, lo que se mantiene siempre igual o lo indiferente, no es objeto de contacto (Polster, y Polster, 1974) de ahí la resistencia al cambio.

La enfermedad es, en sí, una alteración del contacto. Y abarca desde el síntoma pasajero, hasta la enfermedad incurable (Barroso, 1987). Todas, a niveles distintos de experiencia de una parte u otra, son un rompimiento del contacto. Cuando el organismo está funcionando en forma natural, espontánea y dinámica, responde abiertamente a lo que sucede dentro y afuera.

“La energía se orienta hacia una activa participación o un intercambio con los elementos del medio con los cuales el individuo está en contacto. El contacto puede ser agresivo o pasivo, asimilativo o rechazante, pero es apropiado para el organismo y es generador de estados saludables. Cuando se bloquea esta interacción dinámica, se inhibe el proceso de formación, destrucción, reformación de la gestalt esencial, fomentando estados que no son saludables” (Van De Riet et al. 1980, en Barroso 1987, p 89).

La insatisfacción laboral, las preocupaciones de tipo económico, el exceso de trabajo, los elevados niveles de responsabilidad, la infelicidad familiar y otras similares, son patrones

fuertemente estructurados en estas personas, que impiden contactar con sus propias necesidades (Barroso, 1987) y ayudan a propiciar las circunstancias que pueden llegar a sobrepasar el límite del funcionamiento normal de ellos y provocar reacciones desfavorables que se manifiestan a nivel fisiológico.

La presencia de *estímulos ambientales estresantes* aumenta el riesgo de infarto de miocardio (IM); directamente, incrementando la probabilidad de que éste se manifieste en personas con problemas coronarios e, indirectamente, a través de su efecto nocivo sobre la presión arterial y contribuyendo a la consolidación, de hábitos comportamentales de riesgo coronario, que estas personas utilizan como formas de afrontar situaciones determinadas en ausencia de habilidades más apropiadas.

En cuanto a *los trastornos emocionales*, algunos estudios han encontrado relaciones positivas entre las puntuaciones elevadas en escalas de ansiedad y/o depresión y el padecimiento de este tipo de trastornos (Jenkins 1976 en Bueno y Buceta, 1997), distintos autores han informado que antes de la ocurrencia de un IM, porcentajes del 30% al 55% de las personas afectadas presentaban quejas de agotamiento, pérdida de vitalidad, apatía, pérdida de libido e incremento de la irritabilidad, quejas que podrían ser una manifestación de la incapacidad del sujeto para responder adecuadamente a las demandas de la situación y que han sido denominadas Síndrome de Agotamiento Vital, considerándose como un posible signo precursor del infarto de miocardio (Bueno y Buceta 1997)

Los *hábitos comportamentales* se han relacionado con el aumento de la probabilidad de ocurrencia de infarto de miocardio, éstos consisten en la realización habitual de determinadas conductas del sujeto, así como la falta, de determinados hábitos dentro de sus actividades cotidianas. Más concretamente, el consumo de cigarrillos, la presencia de hábitos alimenticios inadecuados y la falta de ejercicio físico regular y moderado, se consideran entre los factores de riesgo coronario. En lo que se refiere al consumo de tabaco, los fumadores de cigarrillos corren casi dos veces más el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiocoronaria que los no fumadores.

Los hábitos alimenticios han sido identificados como factores de riesgo, fundamentalmente, por sus efectos perjudiciales sobre los niveles de colesterol en la sangre, factor de riesgo principal de los trastornos cardioisquémicos. Los hábitos alimenticios causantes de la elevación de los niveles de colesterol son: el seguimiento de dietas ricas en grasas saturadas, de dietas hipercalóricas y de dietas en las que abundan los alimentos ricos en colesterol.

En cuanto a las *características personales*, durante años se ha sugerido la idea de que el infarto de miocardio afecta a cierto tipo de personas. En 1959 los cardiólogos R.H. Rosenman y M. Friedman (Bueno y Buceta, 1997), partiendo de la observación de un gran número de infartados, propusieron un conjunto de características de comportamiento que, parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban; esta agrupación de características lo llamaron Patrón de Conducta Tipo-A, a raíz de ello Friedman y Rosenman elaboraron la Entrevista Estructurada, éste era un instrumento de evaluación con el fin de identificar la presencia de este Patrón de Conducta, posteriormente otros autores, desarrollaron otros instrumentos, tal es el caso de Jenkins en el año de 1979 cuyo instrumento llamó Jenkins Activity Survey (Inventario de Actividades de Jenkins “JAS”) el cual se describirá más adelante.

Durante los años setenta se realizaron diversos estudios epidemiológicos cuyos resultados llevaron a la aceptación del Patrón de Conducta Tipo-A como factor de riesgo coronario. Sin embargo esta idea ha sido cuestionada, debido, casi en su totalidad, a la confusión conceptual en torno a la propia definición y medida del Patrón de Conducta Tipo-A.

Por otro lado, han habido estudios a favor del comportamiento Tipo-A, en los estudios iniciales, los investigadores buscaban un modelo clínico controlado que explicara la prevalencia del comportamiento Tipo-A entre pacientes coronarios en comparación con los de control. Los estudios diferían mucho en cuanto a sus métodos. En unos, se estudiaron los niveles de colesterol en individuos Tipo-A, en otros, los resultados de necropsia para relacionar la gravedad de la enfermedad coronaria con el comportamiento de Tipo-A diagnosticado en vida (Dimsdale, s.f).

Un estudio fundamental fue el Western Collaborative Group Study (WCCS). En este estudio prospectivo, se incluyeron unos 3.400 varones sanos de clase media, se valoraron todos sus factores de riesgo, incluyendo el comportamiento de Tipo-A y se siguieron prospectivamente por 8 años. Se encontró que los individuos de Tipo-A presentan un riesgo de dos a cuatro veces mayor de sufrir un infarto miocárdico o de fallecer de muerte súbita, que los individuos Tipo-B, (cabe destacar que los individuos Tipo-B, son antagónicos a los individuos Tipo-A) también presentan una frecuencia mayor de nuevos infartos. El riesgo ligado al comportamiento de Tipo-A era independiente de otros factores como colesterol, tabaquismo y presión arterial.

Como se mencionó anteriormente, luego de las investigaciones de Friedman y Rosenman hubo otros autores que desarrollaron instrumentos de evaluación destinados a la medición de este Patrón de Conducta, ejemplo de ello es el estudio realizado por C.D. Jenkins, S.J.

Zyzanski y R. H. Rosenman, en el año de 1979, quienes elaboraron una prueba psicométrica llamada “Inventario de Actividades de Jenkins” (JAS), la cual se encarga de medir “personalidad Tipo-A” o el Patrón de Conducta de riesgo coronario. Este patrón se define como el síndrome comportamental o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación para el logro, agresividad, impaciencia, apresuramiento, inquietud y sensación de estar en desafío con la responsabilidad y bajo la premura de tiempo, cabe destacar que esta prueba además de medir Patrón de Conducta Tipo-A, mide tres dimensiones relacionadas, las cuales son: un factor de rapidez, rpisa e impaciencia denominado (S), otro que es involucramiento en el trabajo denominado (J), y un factor de comportamiento duro y competitividad denominado (H) (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1992). Según este instrumento existe una alta correlación entre enfermedades coronarias y este tipo de personalidad, es decir, este cuestionario mide las probabilidades de afecciones isquémicas. Las personas con un patron de conducta Tipo-A vivencian el infarto del miocardio como un serio daño a su autoestima; lo cual implica la posibilidad de morir o de ser un inválido dependiente y convertirse en una carga, cuando hasta entonces habían sido el pilar y sostén de su familia y de su ambiente de trabajo (Michalup, 1983).

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de cardiopatías y dado el impacto psicológico en la ocurrencia de esta enfermedad, se evidencia la importancia de la asistencia psicológica a estas personas (D’Empaire y Parada, 1997), permitiendo la toma de consciencia de su situación y el cambio que este hecho genera en su vida.

Es así como se propone en la presente investigación la elaboración de un Programa de Asesoramiento Psicológico que diera la oportunidad a estos pacientes de tener a su disposición distintas alternativas que le permitan sobrellevar la enfermedad y evitar complicaciones futuras, así como poseer herramientas que lo conduzcan a un estilo de vida sano.

Dicho programa tomó en cuenta los factores de riesgo psicológico de estas enfermedades antes mencionadas y su desarrollo consistirá en proporcionarle, a estas personas, herramientas que le permitan manejarse de una forma más saludable a nivel físico, psicológico, social y familiar, combatiendo los rasgos de personalidad Tipo A, impaciencia, implicación en el trabajo y competitividad. Este programa tomará en cuenta la forma de vida del paciente, el trabajo que realiza, su edad, su condición física y socioeconómica en general, teniendo como intención contribuir a mejorar sus relaciones con su entorno familiar y social en general

Se aspira que el paciente se dirija a su realización personal, reevalúe sus valores más significativos y haga elecciones creativas para su futuro, incorporando actividades con claras influencias positivas sobre su salud y que formen parte de sus planes de vida.

Por tanto el trabajo del psicólogo consistió, en primer lugar, en dos tareas, en reducir el impacto emocional provocado por el padecimiento del infarto de miocardio y en el logro de una evaluación realista por parte del paciente de las repercusiones del ataque cardíaco en su funcionamiento habitual. En segundo lugar, proponerle nuevas formas de enfrentar la vida con un sentido más saludable, partiendo del diagnóstico de los rasgos de personalidad que pudieran influir en su enfermedad.

El propósito de esta investigación es la elaboración y aplicación de un Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes con una propuesta psicológica de cambio de estilo de vida y la evaluación de estos cambios centrados en las áreas del programa (Estímulos Ambientales Estresantes, Hábitos comportamentales y Patrón de Conducta Tipo A) al cabo de un mes del evento.

III. Objetivos

1. Objetivo general

Diseñar, aplicar y evaluar, un Programa de Asesoramiento Psicológico para pacientes coronarios, cuyo propósito es el de minimizar la influencia de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares.

2. Objetivos específicos

Diseñar un Programa de Asesoramiento dirigido a pacientes coronarios, tomando en cuenta los distintos factores psicológicos predisponentes de dichas enfermedades.

Detectar, a través del Jenkins Activity Survey (JAS), de una Entrevista Semi – Estructurada y de un pre – test llamado Estilo de Vida Sano, cuales factores psicológicos predisponentes, han provocado que el paciente desarrolle la enfermedad coronaria.

Aplicar el Programa de Asesoramiento, a los pacientes coronarios, tomando como base los resultados en las pruebas diagnósticas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares.

Evaluar la efectividad del Programa de Asesoramiento aplicado a los pacientes coronarios durante un mes a través de un control semanal vía telefónica.

Evaluar la efectividad del programa luego de un mes de aplicado, a través del test “Estilo de Vida Sano”.

IV. Marco teórico

1. Enfermedades cardiovasculares

El aparato cardiocirculatorio tiene la función de llevar a todo el organismo el oxígeno y los materiales energéticos necesarios para su adecuado funcionamiento, así como en expulsar de éste los materiales de desecho. En este sistema el corazón, cuya forma es la de una pirámide triangular, está situado en la cavidad torácica, de consistencia firme y coloración rojiza (Rouvière y Delmas, 1988), se encarga de impulsar la sangre, que contiene esas sustancias energéticas, para que circule adecuadamente por las arterias y las venas, alimentando así todas las células del cuerpo (Bueno y Buceta, 1997).

Para llevar a cabo su función el corazón necesita de un adecuado aporte de oxígeno que recibe por la sangre que llega hasta él por medio de las *arterias coronarias*. Es importante señalar que el *músculo cardíaco* (miocardio) no siempre necesita la misma cantidad de oxígeno, así bajo condiciones de estrés o cuando se realiza ejercicio físico el sistema cardiocirculatorio debe responder aumentando su actividad, incrementando un mayor aporte de sangre a través de las arterias coronarias.

De modo que el corazón se encarga de bombear la sangre a todo el cuerpo, y que para poder hacerlo necesita de oxígeno, el cual llega al corazón a través de las *arterias coronarias*.

En ocasiones, de manera anormal ciertas sustancias se depositan en el interior de las *arterias coronarias*, formando lo que se llama *placas de ateroma*, ellas poco a poco, van obstruyendo las arterias (las cuales irrigan al músculo cardíaco), dificultando el paso de oxígeno que viene en la sangre. Cuando la obstrucción llega a ser importante, obstaculizando el aporte de oxígeno para que el corazón realice normalmente sus funciones, se habla de *enfermedad coronaria* o *insuficiencia coronaria*. En general, el déficit en el aporte normal de oxígeno a cualquier parte del organismo se denomina *isquemia*, entonces la insuficiencia coronaria que impide la adecuada irrigación del músculo cardíaco recibe el nombre de *cardiopatía isquémica*.

Dentro de las enfermedades isquémicas se encuentran los siguientes síndromes clínicos: angina de pecho, arritmias e infarto al miocardio (IM) (Correa y Dos Reis, 1995).

La *angina de pecho* fue definida por primera vez por Heberdem (en Correa y Dos Reis, 1995) como un trastorno en el pecho caracterizado por síntomas intensos y peculiares, acompañados de una impresión de sofocación con ansiedad asociada a una sensación de muerte.

Las *arritmias* son trastornos del ritmo cardíaco normal, que consisten en una aceleración o desaceleración inadecuada del mismo y provocan generalmente palpitaciones (Zipes 1990 en Correa y Dos Reis, 1995).

Cuando la obstrucción de una arteria coronaria es total, a causa de un coágulo de sangre (oclusión trombótica) más la placa de ateroma (sustancias que se depositan en las arterias coronarias), la falta de ingreso de sangre al corazón se prolonga hasta producir la muerte (necrosis) de células del músculo cardíaco, es entonces cuando se dice que se ha producido un *infarto de miocardio*. Así que según Bueno y Buceta (1997) *el infarto de miocardio* (IM) es la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria, generalmente, a la oclusión trombótica de una arteria coronaria.

1.1. Factores de riesgo.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) no son producidas por elementos aislados, sino que existen factores de riesgo, los cuales se pueden clasificar en factores exógenos y endógenos, además de elevados niveles de colesterol en la sangre cosa que está íntimamente relacionada con la dieta o hábitos alimenticios y la diabetes; otros factores son el tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedades del corazón y vasos sanguíneos, edad y sexo.

Entre los factores exógenos están:

- Infecciones: la fiebre, la taquicardia, la hipoxemia y el aumento de las demandas metabólicas que provocan las infecciones pueden afectar a pacientes con cardiopatía crónica compensada.
- Excesos físicos, dietéticos y emocionales: el súbito aumento en la ingestión de sodio, la suspensión de los diuréticos, el exceso de ejercicio físico, el calor o la humedad ambiental en exceso y las crisis emocionales pueden desencadenar la descompensación cardíaca.

Entre los factores endógenos tenemos:

- La Hipertensión Arterial (HTA), que puede definirse como un aumento o elevación sostenida de la presión arterial. Este factor constituye uno de los problemas cardiovasculares más relevantes de las enfermedades crónicas, asociado generalmente a entidades nosológicas poco conocidas o multicausales, pudiendo provocar muerte prematura o convertirse en años potenciales de vida perdidos para el paciente. Sus complicaciones graves suelen ser la cardiopatía isquémica, la encefalopatía vascular e insuficiencia renal (Chávez, Vega y Larios en Correa y Dos Reis, 1995).
- Embolia pulmonar: la embolia pulmonar puede conducir a una mayor elevación aguda de la presión arterial, lo que a su vez, puede producir o intensificar la insuficiencia de los ventrículos.
- Anemia: la aparición de una reducción intensa de la capacidad transportadora de oxígeno de la sangre puede desencadenar una insuficiencia cardíaca porque cuando hay anemia las necesidades de oxígeno de los tejidos metabolizantes únicamente puede cubrirse mediante un incremento en el gasto cardíaco.

Las causas mediante las cuales se estimulan estos aspectos son:

Dieta: Matarazzo y Carmody recopilaron estudios relacionados con este factor, en los cuales se concluye que una dieta alta en grasa, colesterol y sal, contribuye al incremento de morbilidad y mortalidad en las ECV (Correa y Dos Reis, 1995), es importante señalar que ciertas enfermedades como diabetes, tendencia a la coagulación de la sangre entre otras, aumentan el riesgo.

Tabaquismo: el hábito de fumar puede desencadenar alteraciones en el endotelio vascular (cubierta epitelial de los vasos sanguíneos). Este factor de riesgo unido a otros elementos, como por ejemplo la anómala actividad plaquetaria, podría desencadenar un balance negativo de sustancias vasoactivas, que llevaría al vasoespasmo o a la trombosis y por consiguiente al IM (Sánchez et. al. 1991 en Correa y Dos Reis, 1995).

Antecedentes Familiares: Oberman (1990 en Correa y Dos Reis, 1995) explica que varios estudios han mostrado la predisposición familiar a la enfermedad coronaria no explicada por factores de riesgo conocidos. Probablemente existe una interacción entre influencias genéticas y ambientales que explica estas asociaciones familiares.

Edad: las causas de un IM varían de acuerdo a la edad. En el paciente geriátrico, suele encontrarse asociada una alta prevalencia de diabetes e hipertensión arterial. En contraposición, el IM sufrido por jóvenes se encuentra vinculado a causas como: tabaquismo, hipercolesterolemia, estrés, hipertensión arterial e historia de cardiopatía isquémica.

Sexo: existe un mayor porcentaje de hombres que tienden a padecer un IM en relación con las mujeres. En este sentido, la literatura reporta diferencias con respecto a los factores de riesgo y padecimiento de las enfermedades coronarias entre un sexo y otro. Se ha señalado que las mujeres con IM presentan en comparación con los hombres peor pronóstico a corto plazo. Este hecho se debe a que las mujeres con esta enfermedad en su mayoría son seniles, es decir mucho mayores en relación con los hombres. Las mujeres en edad premenopáusica tienen menor riesgo de desarrollar cardiopatías isquémicas, así como también otros eventos vasculares, debido a la protección brindada por los estrógenos naturales (Correa y Dos Reis, 1995).

1.2. Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares

Además de los factores de riesgo antes mencionados, en las enfermedades cardiovasculares influyen otros factores de origen psicológico. Bueno y Buceta (1997) han identificado cinco variables psicológicas que constituyen los factores psicológicos predisponentes, estas variables son: los *estímulos ambientales estresantes*, los *hábitos comportamentales*, los *trastornos emocionales*, las *características personales específicamente el patrón de conducta tipo A* y el *estilo de vida anterior al infarto*.

1.2.1. Estímulos Ambientales Estresantes

Problemas tales como la insatisfacción laboral, las preocupaciones de tipo económico, el exceso de trabajo, los elevados niveles de responsabilidad, la infelicidad en distintos ámbitos de la vida de la persona, propician circunstancias que pueden llegar a sobrepasar los límites del individuo, trayendo como consecuencia reacciones disfuncionales de estrés que se manifiestan a nivel fisiológico: incrementando la tasa cardíaca, la presión arterial, la tensión muscular; a nivel cognitivo: interfiriendo en el procesamiento de la información ocasionando dificultades de concentración y preocupación continua; a nivel de comportamiento, como es la evitación de situaciones estresantes, disminución del nivel de actividad habitual y por último a nivel afectivo, donde la irritabilidad y ansiedad son frecuentes (Buceta 1988 en Bueno y Buceta, 1997), sobre una base gestáltica, estas personas desarrollan un mecanismo de defensa y se hacen a sí mismo lo que le gustaría hacerle al medio, o el sujeto vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro (Polster y Polster, 1974), mostrando así una agresividad retroflectada.

El factor estrés unido con el factor hereditario pueden incrementar la ocurrencia de un evento cardíaco, esto se evidencia en el estudio realizado por Batista y Novaes (1998). El objetivo de esa investigación fue comprobar si los hijos de individuos hipertensos presentaban mayor reactividad cardiovascular frente al estrés social que los hijos de individuos normotensos. El trabajo se realizó con la participación de 20 niños hijos de personas hipertensas y normotensas. Se utilizó la creación de situaciones de estrés social a través de un procedimiento de role-playing, llevando un control y medición continua de su presión arterial y su frecuencia cardíaca. En la comparación entre los hijos de hipertensos y los hijos de normotensos, la presión arterial y la reactividad cardiovascular fue significativamente mayor en los hijos de hipertensos que se encontraban frente a situaciones de estrés social. La psicología puede favorecer la prevención elaborando un programa de entrenamiento en

habilidades sociales y asertividad para este tipo de niños, con el fin que ellos puedan aprender a enfrentar situaciones sociales estresantes desde temprano. Entonces el estrés tanto crónico como agudo puede contribuir enormemente a precipitar crisis de angina de pecho o infarto de miocardio en pacientes con insuficiencia cardíaca, a raíz de esto, es importante evitar las reacciones de estrés en sujetos que ya han padecido un episodio de estas características.

La presencia de estímulos ambientales estresantes aumenta el riesgo de infarto de miocardio directamente, incrementando la probabilidad de que éste se manifieste en personas con problemas coronarios e, indirectamente, a través de su efecto nocivo sobre la presión arterial y contribuyendo a la aparición, consolidación o recuperación de formas de comportamiento de riesgo coronario que se utilizan como estrategias de afrontamiento en ausencia de habilidades más apropiadas (Bueno y Buceta, 1997).

1.2.2. Hábitos comportamentales

Según Bueno y Buceta (1997), la realización habitual de determinados comportamientos, así como la falta de determinados hábitos, se ha relacionado con el aumento de la probabilidad de ocurrencia de infarto al miocardio. Específicamente, el consumo de cigarrillos, la presencia de ciertos hábitos alimenticios y la falta de ejercicio físico regular y moderado, se consideran entre los factores de riesgo coronario.

Como bien se sabe el hábito del cigarrillo es una adicción, en el adicto hay un intento de repetir la sensación de placer oral que proviene de la ingestión del alimento en el lactante (Parada, 1994). Al usar la droga para satisfacer el anhelo oral se sacia la necesidad de seguridad y una necesidad de conservar o aumentar la autoestima. Ahora bien, bajo otra óptica, se puede observar al hábito del cigarrillo como un descontacto con el presente, generalmente las personas que fuman son personas ansiosas que tratan de predecir eventos futuros y pierden de vista su aquí y su ahora, están bajo la premura de tiempo y la impaciencia es característica principal en los fumadores.

En relación a los hábitos alimenticios, la obesidad es un problema de salud que afecta a un porcentaje elevado de la población en los países occidentales (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997) y es una de las principales causas de la aparición de algún evento cardíaco. La investigación en este campo apoya un trabajo multidisciplinario que tenga en cuenta no sólo la vertiente física u orgánica asociada, sino también los problemas sociales y psicológicos relacionados con el exceso de peso. Este hecho justifica que se diseñen e

implanten programas multidisciplinarios para el control de la obesidad en los cuales se unen los conocimientos médicos, nutricionales y psicológicos.

En una investigación hecha por Casado y sus colaboradores (1997), se presenta un programa cognitivo conductual cuyos objetivos principales son la modificación de hábitos de alimentación no saludables como la reducción del peso y cambio de factores psicológicos asociados (ansiedad, autoestima, control, pensamientos distorsionados, etc.). El programa se ha llevado a cabo de forma grupal entre los meses de febrero a junio de 1996, en el centro de salud "Panaderas II" de Fuenlabrada (Madrid). La muestra estuvo formada por 11 sujetos que presentan obesidad moderada (73%) y leve (27%), destacando, con respecto a las variables emocionales asociadas, niveles elevados de ansiedad (Casado et. al., 1997).

Tras su aplicación se consigue una reducción media del sobrepeso de 8,9% y el seguimiento seis meses avala la eficacia de la intervención multidisciplinaria en este campo.

Si a pacientes cardiovasculares con problemas de obesidad, se les aplicara un programa con características similares al expuesto, problemas de obesidad, se les aplicara un programa con características similares al expuesto, probablemente el riesgo de que volviese a ocurrir un evento cardíaco se reduciría notablemente el riesgo de que volviese a ocurrir un evento cardíaco se reduciría notablemente.

Ahora bien, en cuanto al ejercicio físico, está ampliamente demostrado que el sedentarismo es una condición que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares, que acelera su progresión y acelera, asimismo, el proceso general de envejecimiento y la producción de casi todas las enfermedades degenerativas.

Existen estudios pioneros que demuestran que la actividad física está asociada a un mejor estado de salud y una menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares (Almeida, 1994). La actividad física habitual es "un agente que disminuye los lípidos sanguíneos, es antihipertensivo, disminuye el trabajo cardíaco, es vasodilatador, diurético, anorexígeno, reductor de peso, catártico, hipoglucemiante, tranquilizante, hipnótico y tiene propiedades antidepresivas (Almeida, 1994).

Todos estos efectos de la actividad física habitual y moderada, son evidencias de que todas o casi todas las enfermedades son favorecidas por el sedentarismo y de que una buena medida para la promoción de la salud sería, simplemente, estimular a las personas a que se mantengan activas.

Si bien la actividad física habitual favorece la salud, la actividad de intensidad y duración excesivas son nocivas para la misma. Los deportistas que realizan esfuerzos extraordinarios

suelen tener alteraciones de la función cardíaca (Almeida, 1994). De allí que en enfermos cardiovasculares se les sugiera hacer ejercicio físico bajo recomendación y supervisión médica.

La mayor frecuencia de accidentes relacionados con el ejercicio ocurren en sujetos sedentarios que realizan un esfuerzo excesivo y agudo. Si además, el sedentarismo es responsable de la mayor parte de las enfermedades crónicas invalidantes o fatales, es evidente que deben realizarse todos los esfuerzos posibles para estimular la actividad física habitual como un medio de promover la salud.

En relación a esto Alchiler y Motta (1994) han estudiado los efectos de los ejercicios aeróbicos y no aeróbicos en el estado de empleados de algunas entidades bancarias y los rasgos de los niveles de ansiedad, absentismo, satisfacción laboral, y la relación del cuidado del corazón. Los resultados indicaron que los sujetos aeróbicos redujeron significativamente sus niveles de estado de ansiedad en una sesión individual de ejercicios. Ejercicios posteriores hicieron decrecer el estado de ansiedad por unas 8 semanas a ambos grupos. Los sujetos aeróbicos quienes no hicieron ejercicios previos decrecieron sus rasgos de ansiedad. No hubo cambios en satisfacción laboral, absentismo o el cuidado del corazón.

Estos resultados apoyan descubrimientos anteriores que concluían que el ejercicio aeróbico es superior al no aeróbico para reducir la ansiedad, evidencia tentativa fue encontrada al poner la hipótesis que el condicionamiento cardiovascular es el mecanismo responsable de los beneficios psicológicos porque no ocurrieron cambios cardiovasculares significativos.

1.2.3. Trastornos emocionales

Según Thorson y Powell (1997) la Escala Multidimensional de Sentido del Humor (instrumento creado por estos autores) está relacionada positivamente a un número de factores asociados con la salud psicológica, como por ejemplo, optimismo y autoestima y negativamente con signo de distrés psicológico como por ejemplo depresión. El Humor es un constructo multidimensional que está relacionado íntimamente con la calidad de vida (Thorson y Powell, 1997)

Habitualmente, según Bueno y Buceta (1997), estas variables no suelen incluirse como factores que se atribuyan directamente al desarrollo de la enfermedad cardiovascular, algunos estudios han encontrado relaciones positivas entre las puntuaciones elevadas en escalas de ansiedad y / o depresión (Jenkins 1976 en Bueno y Buceta, 1997), estos factores constituyen

parte de la reacción de la persona a estímulos ambientales que exceden a su capacidad de respuesta. En esta línea, diversos autores han informado que antes de la ocurrencia de un infarto de miocardio, porcentajes entre el 30% y el 55% de los sujetos afectados presentan quejas de agotamiento, pérdida de vitalidad, apatía, pérdida del apetito sexual e incremento de la irritabilidad, quejas que podrían ser una manifestación de la incapacidad del sujeto para responder adecuadamente a las demandas de la situación y que han sido denominadas Síndrome de Agotamiento Vital (Appels y Mulder, 1998), considerándose como un posible precursor del infarto de miocardio.

Los trastornos emocionales adquieren una mayor importancia tras el padecimiento de un infarto de miocardio, dado que, su presencia entre estos pacientes es frecuente, de forma que los propios trastornos emocionales consecuencia de la falta de recursos para afrontar la situación post-infarto de miocardio, se convierten ahora, en factores de riesgo para la salud futura de los sujetos.

En relación a b anterior, en un estudio realizado por Frasure-Smith y colaboradores (1995) encontraron la importancia de las depresiones severas, síntomas depresivos, historia de depresiones severas, ansiedad aguda y soporte social recibido, medido en el hospital después de un infarto al miocardio, sobre eventos cardíacos alrededor de 12 meses consecutivos en una muestra de 222 pacientes, aquí se incluían los siguientes eventos cardíacos: recurrencias de síndromes agudos coronarios (admisiones de angina inestable y sobrevivencia y no sobrevivencia de infarto al miocardio recurrente) y probables eventos de arritmias, detección de sobrevivientes a eventos cardíacos y muertes por arritmias. Se encontró que las depresiones severas, síntomas depresivos, ansiedad e historia de depresiones severas, todas son predictoras significativas de eventos cardíacos. A través del análisis de distintas variables se mostró que síntomas depresivos, ansiedad e historia de depresiones mayores cada una tiene un impacto independiente de cada otra, es esto entonces un buen indicador pronóstico de enfermedades cardíacas (Frasure-Smith, Lespenance, y Ialojie, 1995)

En un nivel más profundo Ad Appels (1999) recientemente estudió la relación entre depresión y enfermedades coronarias, expresa que en circunstancias normales la arteroesclerosis es una respuesta protectora a daños de la pared vascular. Esta respuesta puede traer enfermedades a la misma cuando el crecimiento de la lesión no es frenado a tiempo y conduciría a una obstrucción de un vaso coronario. La reactividad microorganísmica (Citomegalovirus, Neumonía por Clamidia) influye en ese proceso hacia un camino negativo. En ese estudio se observó a 15 pacientes de angioplastia con agotamiento vital y 15 con no agotamiento vital, se concluyó que el grupo agotado tiene anticuerpos disminuidos de CMV y Neumonía por Clamidia, y altos puntajes significativos de interleusemia y tumor necrótico del factor alfa. Tres pacientes de la muestra fueron depresivos de acuerdo con criterios del DSM.

Estos tres pacientes tuvieron altos anticuerpos disimulados por CMV y Clamidia. Esto es sugestivo de una respuesta relacionada. Esto sugiere que altas muestras de citomegalovirus y Neumonía por Clamidia pueden evocar sentimientos de tristeza (Appels, 1999)

En esta misma línea de investigación el mismo autor (Appels, 1999) en otro de sus trabajos, dice que la sintomatología depresiva ha sido encontrada como un factor de riesgo mayor para un evento cardíaco primario y recurrente. Cerca del 60% de aquellos que sufren un primer infarto de miocardio experimentaron un estado de agotamiento durante los meses que precedieron al infarto. Cerca de un 20 % de aquellos hospitalizados por un IM sufren de depresión mayor (Appels, 1999). Este grupo tiene cuatro veces mayor riesgo de presentar mortalidad cardíaca. Pocos estudios han evaluado la naturaleza de la depresión antes o después de un evento cardíaco. Appels (1999) piensa que la sintomatología depresiva refleja la depresión atípica, la cual caracteriza una actividad disminuida del eje hipotálamo – pituitario – adrenal. Este estado promueve la reactivación de infecciones latentes (Citomegalovirus, Neumonía por Clamidia) e incrementa la susceptibilidad a enfermedades inflamatorias. La inflamación puede amplificar la sintomatología depresiva a través de la liberación de citoquinas.

1.2.4. Patrón de Conducta Tipo A

Friedman y Rosenman durante la década de los cincuenta, a partir de una serie de estudios clínicos y de laboratorio sobre el papel de la conducta y del sistema nervioso en el desarrollo de las enfermedades coronarias, propusieron un conjunto de características de comportamiento que, según sus observaciones, parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban; a este conjunto de características lo denominaron Patrón de Conducta Tipo A .

Estos autores encontraron que en los pacientes con enfermedad cardiovascular, se encontraban grupos de sujetos que exhiben un agudo sentido de urgencia por el tiempo, junto con otras características como irritabilidad, fluidez verbal, intensidad de la voz, actividad psicomotora intensa, ambición y competitividad, constituyendo un síndrome que llega a ser típico de pacientes jóvenes y de mediana edad con enfermedad cardiovascular, pero que no se presentan a menudo en sujetos que no padecen esta enfermedad. De esta manera y con propósitos descriptivos, denominaron al patrón de conductas encontrado, Tipo A, y al patrón formado por la ausencia de tales características, Tipo B (Goncalves, 1995). Definiéndose el PCTA como un conjunto particular acción-emoción, que puede observarse en cualquier persona comprometida en una lucha constante para lograr un número de cosas normalmente

ilimitadas de su ambiente, en un rango de tiempo corto, y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente (Friedman y Rosenman, 1974).

Las características del PCTA tiende a concebirse como un perfil multidimensional constituido por factores de muy distintas naturalezas (Friedman y Rosenman, 1974), entre ellas se encuentran:

- Componentes formales: como gran fluidez verbal, intensidad de la voz alta, actividad psicomotora intensa, tensión de la musculatura facial, gestos enfáticos y otros manierismos típicos.
- Actitudes y emociones: como hostilidad, impaciencia, ira y agresividad.
- Aspectos motivacionales: tales como motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición. La competitividad se manifiesta en el esfuerzo de estos sujetos por sobresalir no solo en lo concerniente al trabajo, sino también en los pasatiempos y aficiones.
- Conductas observables: como urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo.
- Aspectos cognitivos: como necesidad de control ambiental, estilo atribucional característico y creencias específicas.

Tras esta descripción inicial, se desarrollaron diversos instrumentos de evaluación destinados a identificar la presencia de este patrón de conducta. Así los propios Rosenman y Friedman elaboraron, con este fin, la Entrevista Estructurada (Rosenman, Friedman, Strauss, Wurm, Kosetchek, Hahn y Werthessen 1994 en Bueno y Buceta, 1997), y posteriormente otros autores, desarrollaron otros instrumentos entre los que cabría destacar, por su mayor utilización, el Jenkins Activity Survey (JAS). La elaboración estadística de los resultados obtenidos de la aplicación de estos instrumentos, ha llevado a la identificación de tres grandes factores: competitividad, impaciencia y hostilidad (Bueno y Buceta, 1997).

Otros factores relacionados con el PCTA han sido investigados en diferentes muestras, tal es el caso de Farber y Burge- Callaway (1998). En este estudio se investigó autoevaluación de enojo, hostilidad, agresión interpersonal y autoconfianza en 19 adolescentes tipo A y 11 adolescentes tipo B, en edades comprendidas entre 15 y 16 años. Fue hipotetizado que las personas tipo A reportaría grandes rasgos de enojo y agresividad, pequeños rasgos de confianza en relaciones interpersonales y garantizaría un patrón de expresión de enojo y agresividad que diferirían de los adolescentes del tipo B. En la investigación fueron encontradas diferencias significativas entre las medidas globales de enojo y agresividad entre el tipo A y tipo B. No fueron demostradas relaciones significativas entre hostilidad

interpersonal y autoconfianza, sin embargo fueron encontrados en los reportes que los adolescentes del tipo A perdían el control y que actuaban físicamente y verbalmente más agresivos que los adolescentes del tipo B. Los resultados fueron discutidos en términos de similitud de los patrones conductuales en adolescentes y adultos tipo A (Farber y Burge-Callaway, 1998)

Ahora bien, en relación a la elaboración de instrumentos que midan este patrón de conducta, recientemente en Japón, Nakano (1995) construyó un instrumento llamado *Everyday Behavior Questionnaire* (Cuestionario de la Conducta de cada día), para medir el patrón de conducta Tipo A en mujeres y se encontró una alta correlación con el Jenkins, al igual que su validez y confiabilidad.

En relación a lo anterior, han sido muchos los estudios de la Personalidad Tipo A y género, tal es el caso de Wright, y colaboradores (1994). Ellos escogieron a treinta sujetos tipo A del sexo masculino y Treinta tipo A del sexo femenino, le fue administrada una versión expandida de la entrevista estructurada diseñada para examinar 11 subcomponentes tipo A. El propósito era determinar si hombres y mujeres siguen diferentes subcomponentes (vías) para lograr su status tipo A. Tal como se esperaba los hombres alcanzaron puntuaciones más altas que las mujeres en dos a cuatro variables relacionadas al enojo. Contrario a la predicción, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres en el subcomponente de exagerado control social. Estos hallazgos fueron interpretados como soporte para la idea de que la relación género y la vía para lograr el patrón de conducta tipo A. Estos hallazgos también podrían tener implicaciones en la más alta incidencia de la enfermedad coronaria del corazón en un alto patrón de conducta tipo A en hombres y mujeres (Wright, Abbanato, Lancaster, Bourke y Nielsen, 1994).

Aunque la conducta Tipo A puede estar conformada por todos y cada uno de los factores mencionados, en la práctica es muy difícil que un individuo exhiba todos estos componentes. De hecho, tal como indican algunos autores (Matthews, Sandín y Chorot en Goncalves, 1995), al parecer no todas estas características tienen el mismo peso en la enfermedad coronaria, ni en la consideración del PCTA como un factor de riesgo independiente para esta enfermedad. De allí que el Jenkins mida los factores mencionados de manera independiente, es decir, que un factor es independiente de los otros.

Los principales predictores de la enfermedad coronaria relacionados con el PCTA son:

- De los componentes formales, parece que la fluidez verbal y la intensidad de la voz son los factores más predictivos de enfermedad cardiovascular (García, cit p. Goncalves, 1995).

- En lo que se refiere a las actitudes y emociones, el elemento que destaca es el potencial de hostilidad, se observa en estos individuos, una tendencia a experimentar diversos grados de ansiedad, irritabilidad y resentimiento, así como una tendencia más o menos constante a tener expresiones de antagonismo, desagrado, rudeza, mal humor, crítica y falta de cooperatividad. Los resultados sugieren que la hostilidad está asociada con la cardiopatía isquémica, con la activación cardiovascular incrementada ante condiciones de estrés, con la arterosclerosis y con la incidencia de mortalidad por enfermedad cardiovascular, incluso cuando el PCTA no sea significativo (Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul, 1983).

- La ira como emoción, es considerada un predictor importante de la enfermedad coronaria severa, pero considerada como ira internalizada o tendencia a ocultar esta expresión o sentimiento de irritación contra otros.

- De los aspectos motivacionales destaca la competitividad definida como el esfuerzo a sobresalir, búsqueda de la perfección, en todas las actividades tanto dentro del trabajo como en los pasatiempos.

- En cuanto a las conductas observables sobresale la urgencia de tiempo, cosa que en estas personas les hace acelerar el ritmo de todas sus actividades: como comer, hablar, pensar, etc., haciéndolas excesivamente puntuales.

También este patrón de conducta está íntimamente relacionado con la edad, el sexo, la ocupación y las necesidades de vida. Según Catipovi e Vaselica, Buri c, Ilakovac, Amid zi c, Kosmar, Durjam cek y Skrinjarig (1995) han encontrado que este patrón es significativamente más común en mujeres que en hombres, se presenta también con más frecuencia en gerentes y en personas con educación universitaria. A todo esto hay que añadir ciertos aspectos cognitivos que parecen prevalecer en forma estable en estos sujetos. El primero de estos aspectos, es la necesidad de control sobre los cambios ambientales. El PCTA está motivado por una intensa necesidad de mantener el control personal sobre la estimulación ambiental, demostrando mayor control que el Tipo B, pero también una temprana indefensión cuando sus estrategias fracasan. Por otra parte, algunos autores hablan de que los sujetos Tipo A presentan una serie de creencias específicas que están determinando, en última instancia, la hiperactividad y la propia conducta Tipo A de estos sujetos. Según Roskies (1987), son cuatro las creencias que siempre aparecen intensificando el sentimiento de estrés:

1. Hay que probarse a uno mismo constantemente
2. Todo el mundo tiene que ser perfecto
3. Todo lo que no sea el 100% es el 0%
4. Todo el mundo tiene que pensar como yo

Se considera que si se quiere lograr cambios en el estilo de vida de los sujetos tipo A, es necesario lograr modificaciones en este tipo de creencias (Friedman y Rosenman, 1974).

Sintetizando los párrafos anteriores, es posible que no todos los componentes del PCTA, estén relacionados con la enfermedad coronaria (García 1993 en Goncalves, 1995), y puesto que la mayoría de las conductas llamadas tipo A son valoradas positivamente por la sociedad y por los propios individuos, es conveniente tener cautela a la hora de seleccionar aquellos aspectos a modificar dentro del PCTA, en individuos con enfermedad coronaria.

1.2.5. Estilo de vida anterior al infarto

Según Bueno y Buceta (1997) la propia reacción del paciente tras el ataque cardíaco puede convertirse en un importante factor de riesgo de recurrencia una vez que ha superado un primer episodio cardíaco. Por tanto es de suma importancia tener en cuenta los factores antes mencionados, los cuales pueden conjugarse en un estilo de vida, antes del infarto, analizando, por una parte, aquellos aspectos de su funcionamiento cotidiano anterior que hayan podido contribuir al deterioro de su salud y que deberán ser convenientemente modificados, impidiendo, en la medida de lo posible, que vuelvan a producirse; y por otra, aquellos otros que puedan ayudar a una rehabilitación exitosa.

Uno de los aspectos importantes a tomar en cuenta en cuanto al funcionamiento cotidiano, es el referente al trabajo, la gran mayoría de los cardiópatas son personas con un alto grado de involucramiento en el trabajo, el cual produce en ellos altos niveles de estrés, no permitiéndose momentos de recreación.

En una investigación reciente hecha por Pérez y Bagés (1999) se pretendió comparar actitudes hacia las actividades recreacionales y trabajo forzado en pacientes con infarto al miocardio y pacientes saludables.

Los participantes de la investigación fueron 40 pacientes con IM y 52 control. Cuestionarios sobre actitudes de ocio (tiempo libre) y frecuencia y tipo de actividades recreacionales fueron especialmente diseñados para este estudio. También el Karasek y el Theorell (1990 en Perez y Bagés, 1999) más la utilización del cuestionario de trabajo forzado.

Los resultados mostraron que inesperadamente los pacientes con IM tienen actitudes positivas hacia el ocio que los controles pero ellos practican menos actividades recreacionales en grupo o individual.

También los resultados mostraron diferencias generales en puntajes de trabajo estresante entre pacientes con IM y pacientes controles. Cuando recreación y trabajos forzados fueron combinados se encontró que los pacientes con IM tuvieron puntajes significativamente más altos en la combinación de trabajo estresante/poca recreación que los controles (Pérez y Bagés, 1999).

En resumen, la falta de cambios respecto al estilo de vida previo al ataque cardíaco, puede resultar un importante factor de riesgo de re-infarto en todos aquellos casos en que se requieren ajustes que garanticen una reincorporación en condiciones saludables que no estaban presentes anteriormente, a través de esos ajustes se pretende lograr el estilo de vida sano.

1.2.6. Estilo de Vida Sano

El concepto estilo de vida sano es tomado de los psicólogos humanistas, principalmente de Alfred Adler, definiéndolo como:

“El conjunto de creencias básicas sobre los cuales la persona enfrenta los retos de la vida, constituyendo un conjunto mental que gobierna e influencia el dinamismo psicológico” (Adler, 1975, p 67).

Este concepto se ha relacionado con el de “significado de la vida”, “calidad de vida” o “modo de vida”, estos dos últimos conceptos más sociológicos, toman en cuenta la organización social y económica de una sociedad determinada y definen las condiciones de vida y actividades concretas que lleva a cabo el individuo.

El estilo de vida es un concepto más dirigido al hombre mismo, a su realización personal, que refleja los valores, motivaciones y las elecciones que el individuo hace. El significado que cada individuo otorga a su vida nunca deja de ser un proceso, un compromiso con el futuro, en un perenne descubrimiento de nuevas direcciones, si es necesario un cambio (Parada, 1993).

El significado, se lo da cada individuo de acuerdo a las distintas influencias y situaciones que ha enfrentado en la vida, siendo el resultado de la integración, de la adaptación a la vida y la interacción que realiza en ella.

El estilo de vida que cada quien asume, es un compromiso que guía y orienta las metas futuras, es la unidad que integra el pasado, el presente y el futuro, tomando como base que el

ser humano se orienta hacia una dirección básicamente positiva, constructiva con vías hacia la autorrealización, maduración y desarrollo (Rogers, 1971). Por esto la importancia de la asistencia psicológica en estos pacientes

Antes de entrar en los tipos de tratamiento o asistencia psicológica a estas personas es necesario hablar acerca de las relaciones de ayuda y de la asistencia psicológica.

2. Relación de ayuda

Desde un punto de vista rudimentariamente biológico, la vida puede reducirse a un continuo simple: el nacimiento la madurez, la reproducción y la muerte. Pero hasta los biólogos reconocen que en su transcurso tienen lugar muchos otros acontecimientos significativos y que el hombre mismo enriquece aquella estructura biológica fundamental. Al cumplir su destino, todo individuo vive los cuatro actos biológicos indicados. Por lo general se los concibe como períodos críticos y no siempre se los comprende del todo. Algunas personas, de acuerdo con las pautas de su cultura, suelen considerarlo como cosas más o menos obvias. Otras muestran gran ansiedad e incertidumbre porque en cada uno de esos momentos se pone en juego su destino, en consecuencia, el hombre no está dispuesto a permitir que el resultado se produzca por azar, sino que buscan ayuda para enfrentar estas crisis, porque se siente frecuentemente angustiado, ineficaz, perplejo, ansioso, perturbado o ignorante de sí mismo o de su mundo, se vuelve a otros para que lo ayuden a simplificar la realidad de modo que pueda manejarla eficazmente. Busca ayuda para comprender su propia conducta y la de los demás, sus relaciones con los otros, sus decisiones, sus elecciones, su situación, sus metas. Busca ayuda para impedir o remediar las situaciones que le producen insatisfacción (Shertzer y Stone, 1972).

El individuo busca la ayuda que le permita superar las situaciones desfavorables, dar unidad a su vida y lograr la integración de su persona. Lo hace porque aprende cada vez mejor a aumentar sus oportunidades de satisfacción y de supervivencia.

Tener consciencia de las relaciones personales y lograr que la sociedad sea menos impersonal constituyen el deber, la oportunidad y el desafío al que deben responder las personas que se dedican a prestar esa ayuda (Shertzer y Stone, 1972).

Las profesiones de ayuda se dedican a actividades cuyo propósito es contribuir a que otros comprendan, modifiquen o enriquezcan su conducta de modo que se produzca una evolución. Están interesados en la conducta de las personas su modo de vivir, de sentir y en sus actitudes, motivaciones, ideas, respuestas y necesidades. La persona que ayuda, no concibe a los

individuos como “problemas de conductas”, sino como personas que tratan de descubrir el sentido de la vida, que buscan sentirse cómodas consigo mismas y con los demás y responder productivamente a las exigencias del vivir (Shertzer y Stone, 1972).

Podrían denominarse normalmente relaciones de ayuda las que se mantienen entre maestro y alumnos, marido y mujer, madre e hijo, asesor y asesorado, psicoterapeuta y paciente. Con demasiada frecuencia se cree que la expresión “relación de ayuda” significa que una persona ayuda a otra. En muchos casos es efectivamente así, aunque la expresión se aplica también a las interacciones entre un individuo y un grupo. Además, ciertas relaciones de supervisión y administración se cumplen de tal modo que pueden facilitar el máximo crecimiento mediante procesos que liberan las potencialidades del individuo.

2.1 Características de la relación de ayuda

Según Shertzer y Stone (1972), las características de la relación de ayuda son:

1. La relación de ayuda tiene sentido: la valoran quienes participan en ella y es personal e íntima, puesto que implica un compromiso recíproco.
2. En la relación de ayuda se expresa afecto: está presente por que los participantes revelan su yo, lo sienten comprometido en ella y son sensibles a las manifestaciones del otro.
3. En la relación de ayuda se manifiesta la persona total, los participantes se relacionan mutuamente como personas auténticas, honestas, intelectual y emocionalmente.
4. La relación de ayuda tiene lugar por consentimiento mutuo de los individuos participantes, el consentimiento se otorga explícita o implícitamente, por elección, tradición, diferencia o necesidad.
5. La relación tiene lugar porque el individuo que va a ser ayudado necesita información, instrucción, ayuda, comprensión y/o tratamiento por parte del otro: el que busca ayuda lo hace porque carece del conocimiento o la competencia necesaria, porque se siente angustiado, ansioso. Quien proporciona ayuda lo hace porque posee algún conocimiento o competencia especiales y/o la confianza que el otro deposita en él.
6. La relación de ayuda se lleva a cabo mediante comunicación e interacción, entre el que da y el que recibe la ayuda, cada uno de los participantes se ve afectado por la comunicación verbal y no verbal del otro.
7. La relación de ayuda es una relación estructurada.

8. El esfuerzo cooperativo es lo que caracteriza la relación de ayuda: los participantes trabajan juntos para arribar a una meta aceptable. Buscan las contribuciones y los recursos que les sean útiles para alcanzarla.

9. La persona que ayuda es accesible y se muestra segura: en el sentido que los demás se sienten en libertad de aproximarse a ellos

10. El objeto de la relación de ayuda es el cambio: los participantes aprenden el uno del otro, la experiencia da por resultado el cambio, al finalizar la relación el individuo no es el mismo que antes de entablarla.

2.2. El Psicólogo en la Relación de Ayuda

La relación de ayuda es lo que caracteriza la actividad principal de los psicólogos clínicos, sociales, asesores y escolares.

La psicología clínica emplea el conocimiento psicológico y la práctica para ayudar a los individuos a manejar las perturbaciones de su conducta y lograr una adaptación y una auto - expresión mejor. Como su equivalente en el campo de la psiquiatría el psicólogo clínico se dedica al diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas emocionales.

La necesidad de los psicólogos surgió cuando se advirtió que los tests de inteligencia podían ser útiles para estimar qué se podía lograr mediante el tratamiento psiquiátrico. Con la aparición de los tests de personalidad, se confió cada vez más en los psicólogos clínicos para que aportasen su ayuda al diagnóstico de la personalidad. Las funciones principales del psicólogo clínico han evolucionado desde la evaluación de los problemas de conducta hasta la práctica de psicoterapia, la atención de consultas psicológicas y la realización de investigaciones sobre técnicas de tratamiento y otros problemas de conducta.

Los psicólogos asesores están en capacidad de ocuparse de los problemas personales que no se clasifican como enfermedades mentales aunque puedan ser secuelas o corolarios de enfermedades tanto mentales como físicas. Aunque el límite entre la psicología clínica y la del asesoramiento no es preciso, los psicólogos asesores se concentran por lo general en el área de los problemas educacionales, los vocacionales y en las neurosis vinculadas con situaciones personales pasajeras.

Contexto: los psicólogos clínicos y asesores trabajan en hospitales, psiquiátricos y en general, en clínicas de salud mental, de atención familiar y de orientación matrimonial, en

centros de rehabilitación, geriátricos, tribunales, prisiones, en asesoramiento y tratamiento clínico de estudiantes universitarios.

2.3. El Asesoramiento Psicológico

Muchos individuos emplean el título de “asesor” para describir lo que hacen, esta utilización un tanto indiscriminada ha perjudicado los intentos de especificar funciones claramente definidas para aquellos a quienes el título les ha sido conferido. La falta de definición por sus funciones surge del hecho que el asesoramiento es un campo relativamente nuevo, y cuando se comienza algo, es difícil evitar que surja cierto grado de confusión e incertidumbre. La maduración profesional reducirá indudablemente la variación excesiva y traerá consigo una mayor consolidación de la función.

Métodos del asesoramiento: muchos métodos se utilizan para crear una relación que permita ayudar a los asesorados a comprenderse mejor a sí mismos, para elegir cursos de acción, para intervenir las situaciones interpersonales, y para ejercer cierto liderazgo que favorezca el desarrollo de ambientes psicológicos saludables.

2.4. Definición de Asesoramiento Psicológico

El término “asesoramiento” se ha utilizado para hacer referencia a un amplio repertorio de procedimientos que incluyen los consejos, el estímulo, el suministro de información la interpretación de tests y psicoanálisis. Algunos autores (Shertzer y Stone, 1972) han definido el asesoramiento como una relación en la que una persona se esfuerza en ayudar a otra a comprender y resolver sus problemas de adaptación. Se destaca: 1) que el tipo de adaptación se haya frecuentemente indicado (por ejemplo asesoramiento educacional, vocacional, personal – social); 2) Que se hace generalmente referencia a la ayuda que se presta a los “asesorados normales”, pero que perceptiblemente penetra también al campo de la psicoterapia; y 3) que si bien ocasionalmente todos practican el asesoramiento el término debería restringirse a los casos en que lo hacen las personas con formación profesional adecuada.

Paterson (en Shertzer y Stone, 1972) ha señalado que a veces es útil encarar una definición por exclusión, o sea, señalando lo que la cosa no es. Por exclusión es posible identificar muchas de las concepciones erróneas que rondan en torno al asesoramiento. Entre ellas destaca que el asesoramiento:

1. No es el suministro de información aunque durante el asesoramiento se pueda dar.
2. No es dar consejo, sugerencias y recomendaciones
3. No es influir sobre actitudes, creencias o conductas por medio de la persuasión, influencias o convicción, por más directas sutiles o inocuas que puedan ser.
4. No consiste en influir sobre la conductas mediante advertencias, amenazas, prevenciones u otros modos sin el empleo de la fuerza o de coerción física.
5. No consiste en la selección y distribución de los individuos para diversas tareas o actividades.
6. No consiste en realizar entrevistas.

La naturaleza del asesoramiento, según Paterson (Shertzer y Stone, 1972), posee las siguientes características:

1. El asesoramiento se consagra a influir sobre cierta modificación de la conducta que el cliente voluntariamente resuelve.
2. El propósito del asesoramiento consiste en proporcionar condiciones que faciliten el cambio voluntario (a realizar elecciones, a ser independiente y autónomo).
3. Como en todas las relaciones se pone límites al asesorado (determinados por las metas del asesoramiento que están influidas por los valores y la filosofía del asesor).
4. Las condiciones que facilitan el cambio de la conducta se proporcionan en las entrevistas.
5. El asesoramiento implica siempre la actitud de escuchar
6. El asesor comprende a su cliente
7. El asesoramiento se lleva a cabo en privado y el diálogo es de carácter confidencial

Por último el asesoramiento implica que se producirá un cambio en la conducta del cliente de algún modo que este elija o decida.

Finalmente otras dos características que son necesarias para que pueda aplicarse el nombre de asesoramiento a una relación son: que el cliente tenga un problema psicológico y que el asesor sea alguien experto en trabajar con clientes que presentan problemas psicológicos

Según Blocher (en Shertzer y Stone, 1972) el asesoramiento es un proceso de interacción que facilita una comprensión significativa del yo y del medio y da como resultado el establecimiento y/o el esclarecimiento de las metas y los valores con miras a la conducta futura.

2.5. Rol del Asesor Psicológico en la Salud

Generalmente el asesor está siempre en contacto con otros profesionales de distintas disciplinas, es muy frecuente observar al asesor psicológico formar parte de equipos de trabajos interdisciplinarios, el campo de acción del asesor es muy amplio, desde recintos educativos, hasta grandes industrias requieren de sus servicios, la labor del asesor va a estar determinada por el sitio donde trabaje, pero, como se ha expuesto anteriormente, la labor del asesor es la de ayudar, ya sea en el campo preventivo, correctivo o de desarrollo del individuo, esta tarea debe estar sesgada por ciertas características o cualidades esenciales que debe poseer un asesor. De acuerdo a Tyler (1983), las cualidades que debe poseer un asesor son la aceptación, la comprensión y la sinceridad.

Según esta autora, la aceptación incluye la buena disposición para permitir a los individuos ser auténticos en todos los aspectos y la convicción de que la experiencia creciente de cada persona es un singular complejo de esfuerzos, pensamientos y sentimientos. El asesor, en su posición de aceptación, no dispone de un patrón de medida según el cual catalogar a todos quienes acuden a él. Pero cualesquiera que sean los recursos de medición que utilice, éstos solo pueden ayudarlo a comprender lo privativo de cada personalidad individual y no para determinar su valor (Tyler, 1983). Entonces la aceptación consiste básicamente en recibir al individuo tal como es, es decir, sin que la imagen del asesorado esté sesgada por los juicios y valores del asesor.

La comprensión por su parte, es conocer clara y completamente, lo que el asesorado quiere dar a entender, por lo que el asesor, debe estar escuchando, colocándose, constantemente en el lugar del asesorado, intentando ver las circunstancias como éste las ve, y no como las vería otra persona. Por último, la sinceridad consiste en la congruencia entre lo que el asesor dice y hace, y de los principios que lo rigen (Tyler, 1983).

Dadas estas características, el rol del asesor en términos generales sería el de ayudar al individuo a ayudarse a sí mismo, reflejarle al asesorado la comprensión, sinceridad y aceptación que puede tener consigo mismo. Ahora bien, el rol del asesor cambia de acuerdo a la corriente psicológica que defina las funciones del asesor; por ejemplo la Gestalt precisa que el asesor debe poseer un estilo propio de terapia el cual procederá de la interacción entre su habilidad, su temperamento y su comprensión del enfoque (Fagan, 1973), mientras que dentro de un enfoque transaccional, el papel o la función del asesor es más de acompañamiento en la relación hasta lograr el fin o la meta del asesorado. Sea la corriente en que se maneje el asesor, la labor del él va a ser la de ayudar a los individuos.

En el campo de la medicina es evidente la necesidad del servicio de los asesores, Gómez (1970) expresa que el psicólogo es uno de los aliados naturales del médico en su empresa de incorporar al trabajo hospitalario los aspectos médico sociales en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, integrado al equipo de salud, el psicólogo realizará sus entrevistas con los pacientes y desarrollará su trabajo específico mediante las pruebas o tests que juzgue necesario aplicar. Sanz (1993) plantea la labor del psicólogo en cuanto a la asistencia integral a personas relativamente incapacitadas, en la reinserción a sus actividades y roles habituales, y en el replanteamiento de las metas trazadas a nivel personal y profesional con el fin de lograr una mejor adaptación a la enfermedad, y en definitiva mejorar su calidad de vida.

Pero la actividad del psicólogo en el campo de la salud no solamente se limita a la aplicación y evaluación de tests, ni a lograr una mejor adaptación a la enfermedad, el rol del psicólogo y del profesional de ayuda en general es más profundo todavía, y es precisamente en esa profundidad donde se critica el papel de este profesional, es decir, ¿Cómo se logra la comprensión, la sinceridad y aceptación expresada por Tyler?, ¿Cómo puede integrarse el psicólogo a un equipo de salud?.

A partir de estas premisas es bueno mostrar un panorama de lo que actualmente hace el profesional de ayuda. Según Barroso (1987), la medicina ha avanzado tecnológicamente en forma impresionante, los investigadores se han centrado en la genética y en la bioquímica para desciframos todo un mundo de información. Pero el acto médico, el acto de aliviar, ayudar, educar, amar y curar al prójimo, la esencia de la profesión médica, sigue siendo para muchos un acto descalificado, reservado para unos cuantos que sí sienten devoción y amor viviendo en el umbral de lo milagroso, trascendental y mágico. Muchos médicos creen en la enfermedad pero no creen en el enfermo – persona.

2.5.1. El enfermo, ¿individuo o persona?

El enfermo es una “persona”. Esta es la primera consideración ética fundamental que debe ser la que motive al médico a poner todo su empeño en beneficio del enfermo y a sacrificar su comodidad, sus horas de descanso y de sueño cuando es requerido para la atención de un paciente (Castillo, 1986).

Se ha tratado de definir la naturaleza humana de acuerdo con sus manifestaciones o capacidades; así tenemos que al hombre se le ha denominado *Homo faber* (fabricante de

herramientas), *Homo sapiens* (por su desarrollo intelectual), *Homo ludens* (realizador de actividades no relativas a sus necesidades de supervivencia), *Homo negans* (capaz de decir no cuando la mayoría dice sí), *Homo sperans* (que tiene esperanza), entre otras. Pero en estas manifestaciones no es donde radica la esencia de la naturaleza humana, como tampoco en las condiciones de su existencia radica el carácter personal (Castillo, 1986). Conviene en estos momentos establecer entonces las diferencias entre individuo y persona, ya que la diferenciación de estos dos conceptos que no son contrapuestos sino que constituyen dos niveles o polos en el humano.

La *individualidad* es lo que hace que una cosa de la misma naturaleza difiera de esta otra en el seno de la misma especie y género. El sujeto o individuo de la especie humana es una unidad vital en un momento dado de su desenvolvimiento temporal; es uno distinto en un grupo o en una fila.

Si bien el uso general del término “persona” se orienta hacia “el individuo de la especie humana”, el sentido más común que se da a este término es del “hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo” (Castillo, 1986)

La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades. En el centro de esa totalidad personal está una subjetividad que es propia de cada ser, que sólo a él le pertenece, que le permite tomar decisiones libremente y que tiene conciencia de sí mismo.

Cada ser humano es un individuo y al mismo tiempo es persona, un universo de naturaleza espiritual, dotado de libre arbitrio y por tanto, un todo independiente frente a su ambiente. La persona es lo que da la unidad a los actos de un individuo: juzgar comunicarse, percibir, etc.

Según Castillo (1986), uno de los problemas más serios de nuestras sociedades es que a los hombres se les trata como individuos y no como personas. Esto es aún más evidente en el trato que suele ofrecerse a los pacientes en ciertas instituciones de asistencia médica dependiente del Estado. No son sólo los porteros y vigilantes sino que también el personal médico y paramédico acostumbra a dar al paciente un trato de individuo y no de persona. Así vemos como el ser humano pasa a ser “el número 17”, “la cama 8”, “la habitación 13B”, etc., en vez de ser (como en realidad son), el señor Fulano o la señora Tal, que padecen determinada enfermedad. Al nominar por números, individualizamos pero a la vez despersonalizamos, y al despersonalizar, deshumanizamos.

2.5.2. ¿Que es lo que caracteriza a la persona?

Según Castillo (1986), la persona se caracteriza por:

- La persona es el sujeto espiritual en el sentido de que es el asiento de la vida moral de un ser humano. Sólo las personas son capaces de realizar juicios de valor.
- La persona permanece durante el curso de nuestra vida, independientemente de los periodos por los que pasemos. Un ser humano puede tener muchos cambios en el curso de su vida. Sin embargo sigue siendo, él mismo, la misma persona. Conjuntamente, es la persona lo que le da *unidad concreta a todos los actos del individuo, les sirve de fundamento* y aún más, la persona no existe sino por el cumplimiento de los actos. Cada persona pone algo suyo en cada acto, de allí se deduce que si se trata de un acto suficientemente profundo y madurado, éste se convierte en el espejo revelador de la persona ya que el acto lleva su impronta.
- La persona tiene el derecho supremo e inalienable, de regir su vida, de formarse un mundo interior propio y de elegir lo que crea conveniente entre opciones que se le presenten aunque no haya tenido experiencia previa en determinadas situaciones. La determinación principal del ser personal es su libertad, el libre albedrío, del cual hace uso para decir acerca de cosas que le incumben como la planificación de su vida para cumplir con su vocación.
- La persona es interioridad que alcanza a trascender a través del conocimiento y del amor. Está abierta a todo. Los acontecimientos tienen en ella una resonancia particular, propia. La apertura de la persona la hace percibir a su manera el problema universal del mundo en que vive.
- La persona tiene una “dignidad”, esto es, una cualidad particular, un rango, que la coloca por encima del valor del resto de los seres vivientes y de los objetos. Por poseer la dignidad, es merecedora de respeto.

Ahora bien, en relación con lo del enfermo - persona, es necesario nombrar a Nietzsche y su concepción del hombre, él lo considera desde un Vitalismo – Antropológico – Axiológico, ¿Qué quiere decir esto?

Vitalismo: es una postura filosófica que justifica la vida por sí misma, en cuanto su interés se centra en la vida, como radicalidad, como hecho, como punto de partida para su actividad filosófica (Jimenez, 1986). Se interesa en la vida de los vivientes, viviéndose! Como realidad vital, como experiencia.

Antropológica – Axiológica: en tanto a presencia y efectos de la cultura en la vida de los hombres (Jimenez, 1986).

Al considerar los modos de vida como referencia para valorar aspiraciones o logros en la realización humana Nietzsche considera al hombre:

- Como una totalidad Vs. dualidad cuerpo y alma.
- Como resultado de la evolución en contraposición al resultado de la creación divina y con pervivencia después de la muerte.
- Por su procedencia genética y por su proyección individual dentro de los límites de una especie viva, reducido a un lapso de tiempo. Tiempo limitado.
- Con características individuales diferenciatorias (diferencias individuales).
- Considera su: capacidad de superarse, capacidad de valorar y capacidad para orientarse en su propia evolución.
- La historia y la sociedad, en tanto a convivencia social primordial del ser humano, potenciadora e inhibidora de la vida.

Todo ser humano tiene la capacidad innata de decisión y de solventar sus situaciones, y cada situación es un aprendizaje, un proceso de crecimiento, de allí que Nietzsche dice que “El Superhombre es el niño de la última de las transformaciones del Espíritu, que señala el proceso transformador que puede ocurrir individual o culturalmente en la vida: “De Espíritu a Camello, de Camello a León y de León a Niño” (Jiménez, 1986). En síntesis el hombre es una totalidad, un individuo, un ser social, no es solamente una enfermedad, un aparato que hay que arreglar cuando se descompone, es un ser humano que tiene la capacidad de sanar.

Entonces ¿Cómo sanar sin estar sano?. De esta pregunta Barroso (1987) dice que la mayoría de los profesionales de ayuda carecen de un entrenamiento de ellos mismos como personas, carecen de un trabajo terapéutico profundo, para aprender a utilizar su mejor instrumento en los procesos de ayuda, su persona, y poder así manejar con mayor efectividad la experiencia propia y la ajena.

Además, el entrenamiento para graduarse de psicólogos debe prepararlos para roles centrales en hospitales del estado especialmente roles dirigidos a la atención directa del paciente y supervisión de colegas (Corrigan, Hess y Garman, 1998). ¿Hasta qué punto la práctica laboral actual se relaciona con la preparación del graduado?. Para averiguarlo, cincuenta y cinco psicólogos de doce hospitales estatales en el medio oeste (EEUU) fueron investigados tomando en cuenta sus experiencias educacionales y el tiempo dedicado a las diferentes actividades laborales. Los resultados indicaron que el trabajo administrativo consume más tiempo que cualquier otra actividad, seguido por los servicios terapéuticos,

evaluación psicológica, supervisión y manejo de casos. Casi el 50% de la muestra recibió entrenamiento bajo la orientación conductual –cognitiva; sin embargo, más del 60% de los participantes en la entrevista ahora practican a partir de modelos eclécticos. Estos resultados implican que los psicólogos en estos establecimientos podrían no estar utilizando su potencial completo por la variedad de obligaciones organizacionales (Corrigan, Hess y Garman, 1998). Pero el psicólogo también debe desempeñar papeles activos en lo que se refiere a prevención y dentro de la prevención está la promoción de la salud.

2.6. El psicólogo como promotor de la salud cardiovascular

Además de lo expuesto en párrafos anteriores, otro aspecto importante del rol del psicólogo en el área de la salud es el fomento de la salud, en específico en el área cardiovascular. Según Arteaga (1994), el fomento de la salud cardiovascular se basa en los principios de responsabilidad, consciencia nutricional, reducción y manejo del estrés y acondicionamiento físico.

Responsabilidad de sí mismo: La responsabilidad es la clave para el éxito en el fomento de la salud. Implica reconocer que el sujeto controla su vida. Él es el único que puede tomar las decisiones de las que depende si fomenta o no su propia salud con su estilo de vida. Conforme aumenta el número de individuos que aceptan los efectos significativos que el estilo de vida tiene sobre la salud, evitan conductas de alto riesgo, como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y fármacos, sobrealimentación y otros hábitos no saludables. Parece ser entonces, que la responsabilidad en el cuidado de la salud es una cuestión muy personal y depende de los deseos y motivaciones internas de la persona (Arteaga, 1994)

Nutrición: La nutrición ha recibido más atención y publicidad que ningún otro. Se ha planteado que la nutrición adecuada es el factor más significativo del que dependen el estado de salud y la longevidad. La conciencia nutricional implica conocimientos de la importancia de una dieta equilibrada, que aporte todos los nutrientes esenciales, así como de la relación que guarda la alimentación con las enfermedades (Arteaga, 1994)

Manejo del estrés: El manejo y reducción del estrés se han convertido en aspectos importantes del fomento de la salud, en la medida en que los estudios han demostrado los efectos dañinos que tiene el estrés en la salud y su relación de causa y efecto con las enfermedades infecciosas (Arteaga, 1994).

Ejercicio físico: El acondicionamiento físico es otro aspecto importante del fomento de la salud, se sabe a través de diversas investigaciones que el ejercicio físico contribuye a un mejor bienestar orgánico y psicológico

Si se considera que el fomento de la salud abarca toda la vida y es aplicable a ambos sexos, a personas de todos los antecedentes socioeconómicos y culturales, y a quienes no tienen problemas de salud al igual que a los enfermos crónicos y minusválidos, se comprenderá la amplitud del número y los tipos de programas sugeridos y surgidos (Arteaga, 1994).

Por otro lado diversas investigaciones han demostrado que las intervenciones basadas en la suposición que cambiando el conocimiento o las actitudes producirán un cambio apropiado de comportamiento no son tan efectivas como cuando el foco del cambio puede ser movido desde el individuo hasta el ancho contexto social (Bennet, 1999). Es entonces inminente la importancia de lo social en el proceso de cambio que implica un cambio de paradigma, en el que los programas de salud deben estar referidos al contexto en donde se desenvuelve el hombre (Bennet, 1999).

En síntesis, el psicólogo teniendo los conocimientos técnicos necesarios, estudiando al individuo en su contexto y tomando en cuenta la observación de Barroso, encajaría perfectamente en un equipo de salud y probablemente su trabajo sería más efectivo con cualquier tipo de paciente y por su puesto con pacientes cardiopatas.

3. TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS A PACIENTES CARDIOPATAS

Cuando una persona ha desarrollado una enfermedad cardiovascular, es beneficioso iniciar un proceso de rehabilitación, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, contemplando un plan integral basado en un nivel físico, psicosocial y control de los factores de riesgo (Maroto et. al., 1992).

Es así como la rehabilitación tiene por objeto no sólo devolver al enfermo sus facultades anteriores sino también lograr el desarrollo óptimo de las funciones físicas y mentales, con el objeto de que pueda reanudar sus actividades profesionales y roles sociales anteriores, promoviendo cambios de labor si la condición física del paciente así lo requiere (Correa y Dos Reis, 1995), lo cual implica una conciencia total de su condición de sí mismo, sus posibilidades y limitaciones y eso es “autoestima”.

Al respecto Barroso (1987) dice que detrás de cada enfermo existe una persona descalificada, maltrecha, viviendo en el pasado, sola, que ha venido progresivamente

suboptimizando todo su sistema de autestima. Con necesidades no satisfechas, se enfrenta con la impotencia de no poder hacer nada por sí mismo, se sumerge en la rabia, sin permitirse concientizarla, manejándola a través de la culpa, el miedo y la desvalorización continua. Todo el sistema pierde sentido y dirección, y cuando el paciente llega al médico, llega con la expectativa de encontrarse con una persona comprensiva, tierna, capaz de responsabilizarse por ella, escucharla, consolarla, tomarla en cuenta y curarla.

La persona enferma a adquirido una manera distorsionada de verse a sí misma. Ha aprendido a evadirse, no tomándose en cuenta, negándose, sacrificándose por otros, hasta el punto de no apreciarse. La pasividad, la resignación y la tolerancia, las convierte en virtudes, sin cuestionamiento, porque así se lo enseñaron, pero en el fondo existe el miedo a verse como realmente es, de asumir sus experiencias como realmente son (Barroso, 1987).

Otro aspecto de la enfermedad es la conciencia del contexto específico en el cual el individuo está inmerso en ese momento. En todas las enfermedades llamadas incurables, sea cáncer, artritis, afecciones cardiovasculares, nos encontramos con personas sin contexto. No sólo existe una deformación de la consciencia en cuanto a tiempo y espacio, sino también una mala administración de su tiempo. Viven del pasado y en el pasado. Evaden el presente o solamente lo ven como extensión de lo que fue por lo que terminó siendo. Carecen de la energía suficiente para mantenerse centrados en el aquí y el ahora, apareciendo el activismo con la tensión, el estrés, la angustia y depresión. Tampoco mantienen su propio ritmo, o por que lo ignoran, dejándose llevar por las cosas de afuera, o porque se han negado toda posibilidad de penetrabilidad. Dependen de cosas tan contingentes como el buen o el mal tiempo, del frío o del calor, o se cierran violentamente al contacto de la intimidad (Barroso, 1987).

Las personas con personalidad Tipo A padecen de la “enfermedad de la prisa” o el “síndrome del tiempo”. Su vida está orientada hacia lograr objetivos, metas, con fechas topes, y tiene ciertas características como se dijo anteriormente de competitividad, impulsiva necesidad de logros, agresividad, impaciencia, explosividad verbal y sentirse siempre bajo presión de tiempo y obligaciones. Tal como lo señaló anteriormente Barroso (1987) las personas de Tipo A están tan involucradas con su trabajo que olvidan fácilmente otros aspectos de sus vidas, como por ejemplo, la vida familiar, el descanso, ocio e intereses recreacionales, incapaces de un equilibrio en cuanto a la distribución de su tiempo, parecen responder más a expectativas y mapas de éxito. Sus movimientos son nerviosos, apresurados, generando agitación y nerviosismo en los que los rodean. Mueven manos, pies, cara, sin ritmo, expresándose en gestos bruscos y tics. El Tipo A es ambicioso en las cosas, las cuales

emprende con un limitado sentido de motivación (con esto quiero decir, que su motivación se encuentra fuera de sí) (Barroso, 1987).

Se ha descubierto que la persona con personalidad Tipo A padece de tensión en horas de descanso, con elevación en la reproducción de ciertas hormonas en la sangre, como adrenalina, norepinefrina, insulina, hidrocortisona y hormonas del crecimiento, en momentos de emergencia y estrés. Se registró, además, incremento en las secreciones ácidas gástricas, en el colesterol, en la rata respiratoria, en la actividad secretoria de las glándulas sudoríparas e incremento significativo de la tensión muscular (Barroso, 1987).

Al exponer las complejidades psicológicas que puede presentar un paciente cardiópata se demuestra lo difícil que puede ser el proceso de rehabilitación de estos pacientes, es por eso que se hace necesario el trabajo interdisciplinario mediante un equipo de trabajo compuesto por cardiólogos, psicólogos y personal médico inserto dentro de un programa de rehabilitación cardíaca (Matarazzo et. al. 1991 en Correa y Dos Reis, 1995). Este trabajo variará de acuerdo al proceso de rehabilitación, sin perder el objetivo final que es la conformación de un nuevo estilo de vida. Para lograr este objetivo, un programa de rehabilitación cardíaca debe contener ejercicios físicos, un control estricto del paciente con respecto a su funcionamiento corporal, dieta adecuada y aspectos psicológicos (Parada, 1993)

Para respaldar la propuesta de un programa de rehabilitación, que contenga los aspectos antes mencionados, Cooper y Aygen (en Dossey, 1982) demostraron que cuando a sujetos de Tipo A les fue enseñado técnicas de meditación y a practicar otros métodos de relajación profunda, ajustado su sentido del tiempo, el nivel de colesterol bajaba en un 20% y la presión arterial, respiración, pulso, niveles, de insulina y adrenalina se modificaban sustancialmente. De allí la propuesta de elaborar, aplicar y evaluar un Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias Centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes.

4. Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes.

El Programa de Asesoramiento Psicológicos para Pacientes con Enfermedades Coronarias centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes está dividido en cinco (5) fases individualizadas: la primera fase llamada CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE, consiste en establecer un contacto inicial con el paciente luego de haber pasado por procedimientos de angioplastia y de habersele diagnosticado una cardiopatía isquémica

obstructiva, los objetivos de esta primera fase son, establecer una relación de confianza con el paciente a través de la recolección de datos sociodemográficos. La segunda fase llamada DIAGNÓSTICO, consiste en la aplicación de un test (JAS) y de un cuestionario (Cuestionario de Estilo de Vida Sano), los cuales están destinados a diagnosticar los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) tales como Patrón de Conducta Tipo A (**PCTA**), Estímulos Ambientales Estresantes (**E.A.E.**), Hábitos Comportamentales (**H.C.**) y Trastornos Emocionales (**T.E.**). La tercera y cuarta fase llamadas INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA I y II, están destinadas a la intervención psicológica propiamente dicha, donde se pretende dotar al paciente de conocimientos acerca del estilo de vida sano y herramientas para el control de estrés, la ansiedad y la toma de conciencia de su enfermedad a nivel psicológico. Y la última fase denominada EVALUACIÓN, está destinada a la evaluación del impacto del programa sobre su estilo de vida.

A continuación se mostrará la planificación de las sesiones del Programa de Asesoramiento Psicológico Para Pacientes Coronarios Centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes.

SESIÓN N° 1
CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE

Objetivo General: Establecer las bases de la relación entre el asesor psicológico y el paciente con el fin de crear un ambiente de confianza y seguridad, para que participe en el Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes Coronarios Centrado en los Factores Psicológicos Predisponentes.

Objetivos Específicos	Contenido	Actividades	Recursos	Tiempo	Evaluación
1. Establecer un contacto cordial con el paciente	Establecimiento del Rapport	Establecimiento del Rapport: el facilitador establecerá un primer contacto con el paciente de manera cordial. Presentándose con nombre y apellido a través de una cordial conversación. Esto permitirá establecer el rapport con el paciente y crear un ambiente de confianza entre facilitador y el paciente.	Materiales: Humanos: Facilitador y Paciente.	10 min	
2. Recoger datos acerca del paciente por medio de la Encuesta Semi-Estructurada de salud.	Encuesta centrada en los datos socio demográficos y de salud	Encuesta Semi-Estructurada de Salud: el facilitador solicitará al paciente responder las preguntas de la "Encuesta Semi-estructurada".	Materiales: encuesta Semi-Estructurada Humanos: Facilitador y Paciente	10 min	Respuestas dadas a todos los ítems de la encuesta
3. Invitar al paciente a participar en el programa de Asesoramiento Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> Invitación al programa Información general del programa 	Invitación al programa: teniendo los resultados del cateterismo y si el paciente padece de alguna enfermedad cardiovascular, el facilitador procederá a invitar al paciente a la participación del programa. Información general acerca del programa: una vez invitado al paciente a participar en el programa, el facilitador procederá a explicarle en términos generales las metas y proporcionarle un tríptico informativo (ver anexo N°5)	Materiales: Tríptico informativo Humanos: Facilitador y Paciente	10 min	Ingreso al programa y que sea capaz de resumir oralmente las metas del programa al igual que los límites del mismo.
4. Informar al paciente acerca de las metas del programa	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de los límites del programa. 	Establecimiento de los Límites del Asesor psicológico: el facilitador estará en la obligación de establecer los límites de la relación con el paciente y del programa. Estos límites están relacionados con: diferencia del rol del psicólogo con respecto al rol del médico y participación activa por parte del paciente en cuanto a la práctica de los ejercicios			
5. Establecer los límites de la relación terapéutica y del programa					

SESIÓN N° 2

DIAGNÓSTICO

Objetivo General: *Obtener información del paciente referente a los distintos factores de riesgo coronario por medio de la aplicación del JAS y del Pre-tests.*

Objetivos Específicos	Contenido	Actividades	Recursos	Tiempo	Evaluación
1. Obtener información referente al "Patrón de Conducta Tipo A" y factores adyacentes que afectan la salud cardíaca a través de la aplicación del Inventario de Actividades de Jenkins (JAS).	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de Conducta Tipo A • Factor S • Factor J • Factor H 	Aplicación del Inventario de Actividades de Jenkins (JAS): una vez que el paciente sale del procedimiento médico que se le llevó a cabo en el Laboratorio de Hemodinamia y teniendo los resultados de la intervención, el facilitador procederá a aplicar el Jenkins Anctivity Survey (JAS) destinado a medir el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), impaciencia, involucrimiento en el trabajo y comportamiento rígido y competitividad.	Materiales: el Inventario de Actividades de Jenkins (Jenkins Activity Survey "JAS") y lápiz Humanos: Facilitador y Paciente	Entre 15 a 20 min	Respuestas dadas a los ítems del Inventario
2. Aplicar el pretest "Estilo de Vida Sano" al paciente para obtener información acerca del paciente en cuanto a frecuencia, ejecución y conocimiento de los distintos riesgos psicológicos sobre la salud cardíaca.	Areas de riesgo coronario	Aplicación del pre-tests: una vez que el paciente termina de contestar el JAS, el facilitador procederá a suministrar el Pre-test destinado a medir los conocimientos, la frecuencia y la ejecución en diversas áreas de riesgo psicológico para pacientes cardíopatas.	Materiales: El Pre-Test Humanos: Facilitador y Paciente	15 min	Respuestas dadas a todos los ítems del pre-test.

SESIÓN N° 3
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA I

Objetivo General: Suministrar al paciente de información sobre las consecuencias de las enfermedades del corazón en su funcionamiento habitual.

Objetivos Específicos	Contenido	Actividades	Recursos	Tiempo	Evaluación
1) Suministrar información al paciente referente a lo que es una alimentación sana y su efecto positivo en su salud cardíaca.	• Hábitos alimenticios	Hábitos alimenticios: El facilitador por medio de una charla explicativa, le suministrará al paciente información referente a la relación existente entre la alimentación y las enfermedades cardíacas, haciendo hincapié en lo referente a lo que es una alimentación sana.	Materiales: folleto informativo Humanos: Facilitador y Paciente	10 min	Identificación por el paciente de los alimentos que puede ingerir y que son beneficiosos para su salud cardíaca.
2) Suministrar al paciente información referente a las consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre la salud cardíaca.	• Consumo de Alcohol	Consumo de alcohol: El facilitador por medio de una charla informativa, le suministrará al paciente, información referente a la relación que existe entre el consumo de alcohol y la salud cardíaca, haciendo hincapié en aquellos factores que son perjudiciales para la salud cardíaca.	Materiales: folleto informativo Humanos: Facilitador y Paciente	10 min	Reconocimiento por el paciente de los efectos dañinos del alcohol sobre su salud cardíaca.
3) Suministrar al paciente información concerniente a las consecuencias negativas que tiene el cigarrillo sobre la salud cardíaca.	• Consumo de cigarrillos	Consumo de cigarrillos: El facilitador por medio de una charla informativa y explicativa, suministrará información relacionada con las consecuencias negativas que tiene el cigarro con respecto a la salud cardíaca.	Materiales: folleto informativo Humanos: Facilitador y Paciente	10 min	Reconocimiento por el paciente de los efectos dañinos del cigarro sobre su salud cardíaca

SESIÓN N°4

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA II

Objetivo general: *Que el paciente tome consciencia acerca de sus hábitos comportamentales que influyen sobre su salud cardíaca y proporcionarle herramientas que beneficien a su salud cardíaca.*

Objetivos Específicos	Contenido	Actividades	Recursos	T i e m p o m i n	Evaluación
Hacer que el paciente tome consciencia de sus hábitos comportamentales de riesgo coronario	<ul style="list-style-type: none"> • Darse cuenta exterior • Darse cuenta interior • Enfocar y concentrar 	<p>Darse cuenta exterior: el facilitador por medio de una fantasía dirigida, creará el ambiente para que el paciente haga contacto sensorial con objetos externos y eventos externos (p. Situaciones, contextos, ambiente) en el presente relacionado con la ingesta de alcohol, alimentos altos en grasa y consumo de cigarrillos.</p> <p>Darse cuenta interior: el facilitador por medio de una fantasía dirigida, creará el ambiente para que el paciente haga un contacto sensorial actual con eventos internos (emociones, sensaciones, sentimientos) en el presente relacionado con la ingesta de alcohol, alimentos altos en grasa y consumo de cigarrillos.</p> <p>Enfocar y concentrar: El facilitador pedirá al paciente que se sitúe mentalmente en una situación en la cual él se encuentra comiendo indebidamente, bebiendo o fumando, y pedirá que tome consciencia en qué situaciones realiza estas actividades, cuáles son sus sentimientos, qué pasa a su alrededor, qué pasa con su cuerpo etc, con el fin de enfocar y concentrar estos momentos.</p>	Humanos: Facilitador y paciente.	Identificación de las situaciones exteriores e interiores relacionadas con sus sentimientos a la hora de comer, beber y fumar.	

<p>Fomentar en el paciente la práctica de ejercicio físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Práctica del ejercicio físico: 	<p>Charla informativa: el facilitador por medio de una charla informativa, le expondrá al paciente los beneficios que proporciona el ejercicio físico a la salud cardíaca</p>	<p>Humanos: Facilitador y paciente</p> <p>1 Identificación por parte del paciente de los beneficios del ejercicio físico sobre su salud.</p>
<p>Proporcionarle al paciente habilidades de enfrentamiento al estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> Relajación corporal Visualización 	<p>Relajación: el facilitador pedirá al paciente que cierre los ojos y relaje los músculos de su cuerpo. Acomodándose hasta que todas las partes del cuerpo estén apoyadas y la tensión muscular disminuya. Le pedirá que tense todos los músculos de su cuerpo, luego que respire profundamente por la nariz y mantenga la tensión muscular durante 5 segundos y después deje caer la tensión muscular, para que su cuerpo se relaje con la mayor rapidez y profundidad que el paciente pueda, expulsando el aire lentamente por la boca. Luego mantendrá su cuerpo distendido durante 10 minutos, respirando de una forma suave, rítmica y profunda. Luego le pedirá que cuente hasta tres para abrir sus ojos</p> <p>Visualización: el facilitador le pedirá al paciente que imagine una escalera que le va a conducir a un lugar agradable, relajado y placentero, a medida que empieza a bajar la escaleras contará cada peldaño del diez al uno. Le pedirá al paciente que descienda por la escalera hasta encontrar un sendero, le pedirá que lo siga y este camino lo llevará a un lugar agradable. Le pedirá que lo adorne mentalmente mientras se relaja y le pedirá al paciente que se incluya en el sitio, hasta sentirse cómodo. Cuando el paciente esté listo para regresar subirá por las escaleras contando del uno al diez, al llegar al diez el paciente respirará profundamente y abrirá sus ojos.</p>	<p>Materiales: Equipo de sonido, música relajante.</p> <p>Humanos: Facilitador y Paciente</p> <p>Realización por parte del paciente de los ejercicios y e identificación de los pasos para seguir la técnica luego de realizada.</p>

<p>Proporcionar al paciente las técnicas de respiración rítmica y completa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rítmica • Respiraciones completas 	<p>Respiración rítmica: el facilitador le pedirá al paciente que extendido boca arriba, tan relajado como sea posible, efectúe una inspiración completa. Retenga el aire siete segundos (seis o cinco, si siete es demasiado para usted). Exhale lentamente por la nariz en el mismo tiempo que inspiró. Retenga a pulmón vacío siete segundos.</p> <p>Por un lado, la inspiración y la exhalación deben durar lo mismo y la retención a pulmón lleno y a pulmón vacío, también lo mismo.</p> <p>Supongamos que una persona tarda nueve segundos en hacer una inspiración completa y que aplica la medida de siete segundos para la retención. La fórmula sería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspiración durante 9 segundos - Retención a pulmón lleno durante 7 segundos - Exhalación durante 9 segundos - Retención a pulmón vacío durante 7 segundos - Volver a inhalar y así sucesivamente durante 5 o 10 minutos. <p>El facilitador modelará la actividad.</p> <p>Respiraciones completas: el facilitador pedirá al paciente, que extendido boca arriba, de pie o sentado, inhale lentamente por la nariz y conduzca el aire hacia el abdomen; continúe inspirando sin interrupción y lleve el aire hacia la zona media del pecho, hacia los costados; continúe inspirando sin interrupción y lleve el aire hacia la zona más alta del tórax, hacia las clavículas, a continuación exhale lentamente por la nariz, aproximadamente en el mismo tiempo que inhaló.</p>	<p>Materiales: 2 0 m Facilitador i y paciente n</p>	<p>Realización por parte del paciente de las respiraciones rítmicas y las respiraciones completas</p>
--	--	--	--	---

<p>Enseñarle al paciente la técnica de concentración "Contando la respiración" para lograr una mayor relajación</p>	<p>Técnica de concentración</p>	<p>Contando la respiración: respire con completa naturalidad por la nariz y enfoque su atención sobre la respiración. Tome consciencia sobre como es su respiración y permanezca muy atento. Al inspirar, cuente 1; al exhalar cuente 2; al inspirar cuente 3 y así sucesivamente hasta llegar a 10. Vaya acoplando cada inspiración y cada exhalación con el número correspondiente. Al llegar a 10 comience nuevamente por 1.</p> <p>Respire con completa naturalidad por la nariz y enfoque su atención sobre la respiración. Tome consciencia sobre cómo es su respiración y permanezca muy perceptivo a la inhalación y la exhalación. Inhale con mucha atención y al exhalar cuente 1, vuelva a inhalar y al exhalar cuente 2, vuelva a inhalar y al exhalar cuente 3 y así sucesivamente hasta llegar a 10. Cuente nada más las exhalaciones sin dejar de prestar atención a las inhalaciones.</p> <p>Respire con completa naturalidad por la nariz y enfoque su atención sobre la respiración. Tome consciencia sobre cómo es su respiración y enfoque la atención sobre la respiración. Al inhalar, cuente 1, al igual que al exhalar. Inhale de nuevo y aplique el número 2 a la inhalación y la exhalación, luego el 3 y así sucesivamente hasta 5. Al llegar a 5, comience la cuenta por 1 sucesivamente hasta 6. Al llegar a 6 recomience por 1 sucesivamente hasta 7. Se llega a 7, recomience por 1 hasta contar 8. Se llega a 8, empiece a contar por 1 hasta llegar a 9. Al llegar a 9, empiece por 1 hasta contar 10. Se aplica el mismo número a la inhalación y a la exhalación. Se empieza contando hasta 5 y sucesivamente se añaden los ciclos 6, 7, 8, 9 y 10. Al contar hasta 10 inhalaciones y exhalaciones, se recomienda contando hasta 5 y así sucesivamente.</p>	<p>Materiales 2 Realización de la actividad Guía de ejercicio 0 y reporte de haberse Humanos: facilitador m concentrado en su y paciente i respiración. n</p>
---	---------------------------------	---	---

	•				
Enseñarle al paciente la técnica de concentración "sobre una figura geométrica" para lograr una mayor relajación	Técnica de concentración	Concentración sobre una figura geométrica: el facilitador pedirá al paciente que visualice la figura geométrica de su preferencia, sea un círculo un cuadrado o un triángulo, cuando el paciente sienta que desvió su atención de la figura la retomará inmediatamente. Posteriormente el facilitador pedirá al paciente que visualice un color, cuando el paciente sienta que desvió su atención del color lo retomará inmediatamente. Ahora el facilitador pedirá al paciente que visualice la figura geométrica sobre el fondo del color que había imaginado, y lo retome cuando sus pensamientos interfieran con el ejercicio, después que se imagine la figura geométrica sobre un fondo blanco y rellena del color que se había imaginado y así sucesivamente.	Materiales Láminas de ejemplos Humanos: facilitador y paciente	1 0 m i n	Realización de la actividad y que reporte haberse concentrado

SESIÓN N° 5 **EVALUACIÓN**

Objetivo general: *evaluar los efectos del programa*

Objetivos Específicos	Contenido	Actividades	Recursos	Tiempo	Evaluación
Realizar un seguimiento semanal del programa, a través de un contacto telefónico y de la aplicación de la Prueba de Estilo de Vida Sano en su versión semanal	Conocimiento de estilo de vida sano	Aplicación del cuestionario de Estilo de vida Sano versión semanal: El facilitador por medio de un contacto telefónico con el paciente una vez a la semana, le pedirá que responda a cada una de las preguntas del cuestionario.	Materiales: Cuestionario de Estilo de vida Sano, versión semanal Humanos: Facilitador y participante	10 min	Respuestas dadas a los ítems de la prueba
Evaluar el contenido del programa a través de la aplicación del post-test "Estilo de Vida Sano".	Conocimiento de estilo de vida sano	Aplicación del cuestionario de Estilo de vida Sano: Una vez que el paciente regresa al recinto hospitalario para su chequeo médico mensual, el facilitador aplicará la prueba de Estilo de Vida Sano	Materiales: Cuestionario de Estilo de vida Sano. Humanos: Facilitador y participante	15 min	Respuestas dadas a los ítems de la prueba

4.1. Fundamentos Teóricos de las Técnicas Psicoterapéuticas Utilizadas en el Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronarias.

4.1.1. Establecimiento de La Relación Terapéutica

La relación terapéutica representa un modo de interacción social distinto de cualquiera de los que el paciente haya experimentado hasta entonces. Según Rogers (1978), por parte del asesor debe existir una apertura y una actitud acogedora que hagan posible la armonía que gradualmente conduzca a una relación más profunda, donde el orientador reconozca abiertamente que se siente implicado afectivamente en la relación, sin embargo es lo suficientemente sensible a las necesidades del paciente como para controlar sus propias identificaciones sin llegar al extremo de la frialdad con el fin de servir mejor a la persona que está ayudando. Entonces la actitud más acertada de un terapeuta es evitar los extremos de frialdad o de demasiada implicación afectiva, crear un clima caracterizado por la cordialidad, el interés y la apertura y controlar decididamente los vínculos afectivos que puedan surgir (Rogers, 1978).

Otra característica expuesta por el mismo autor, la cual coincide con la expuesta por Tyler en párrafos anteriores, es la referente a la permisividad en la expresión de sentimientos. Aceptando todas las expresiones, sin mostrar una actitud moralista o de enjuiciamiento, mostrando una comprensión que se hace presente durante todo el proceso, el paciente llegará a darse cuenta de que puede expresar todo tipo de sentimientos y actitudes. Ninguna actitud es demasiado agresiva, ningún sentimiento demasiado culpable o vergonzoso como para que no pueda expresarse abiertamente. Cabe destacar que ésta característica será desarrollada a lo largo del proceso terapéutico, debido a los procesos de cambios que sufre el individuo diariamente.

Las limitaciones de la terapia constituyen otro aspecto importante del proceso psicoterapéutico expuestos por Rogers (1978). Al paciente se le concede la libertad para expresar sus sentimientos y enfrentarse consigo mismo, pero no la tiene para dañar a los otros expresando sus impulsos en acciones.

La última característica inmersa dentro del establecimiento de la relación terapéutica es la ausencia de cualquier tipo de presión o coacción. El asesor evita introducir sus propios deseos, sus propias reacciones o prejuicios en las situaciones terapéuticas. El tiempo es del paciente, no del asesor. El paciente va respondiendo al clima de libertad y de ausencia de toda sanción moral. Encuentra que no necesita las defensas psicológicas acostumbradas para justificar su

conducta. Ni le culpan ni recibe una alabanza innecesaria. No percibe del orientador ni una ayuda excesiva ni un antagonismo molesto (Rogers, 1978). Consecuentemente, el paciente, por primera vez puede ser él mismo.

4.1.2. Establecimiento de los Límites de la Relación.

En relación a este punto, que forma parte de las bases de la relación terapéutica, Rogers (1978) dice que todas las situaciones de ayuda psicológica tienen sus limitaciones. La cuestión es saber si estos límites están claramente definidos, comprendidos y empleados útilmente, o si el paciente en un momento de dificultad los percibe como barreras en contra suya.

Los límites proporcionan al terapeuta un marco de actuación dentro del cual puede mostrarse libre y natural en su trato con el paciente, trayendo como resultado la delimitación de su campo de acción donde pueda comprender los límites de su función y permanecer alerta a los sentimientos y necesidades del cliente jugando así un papel estable en la relación para que el paciente pueda reorganizarse.

Ahora bien, dentro de los límites más importantes relacionados con el paciente están: los límites de tiempo y de responsabilidad, éstos últimos están íntimamente relacionados con la capacidad de decisión del individuo en relación a su persona, es decir, que el paciente, una vez que toma conciencia de su situación, de su salud, de su contexto, está capacitado para *elegir* la alternativa con la cual él se sienta más cómodo. Ahora bien, en relación a las primeras, el asesoramiento psicológico se desarrolla mejor cuando las limitaciones respecto al tiempo están claramente establecidas y se respetan, claro está que la relación psicológica es una relación mecánica y no un dispositivo mecánico, por tanto dichas limitaciones se mantienen comprendiendo a la vez la necesidad del cliente de romperlas (Rogers, 1978).

En relación con el Establecimiento de la Relación Terapéutica y el Establecimiento de límites Rogers (1978) concluye que, la relación terapéutica requiere una aceptación cordial y la ausencia de cualquier tipo de presión personal por parte del asesor, de manera que permita en lo posible la expresión de sentimientos, actitudes y problemas por parte del asesorado. La relación está bien estructurada, con límites respecto al tiempo y otra serie de limitaciones de responsabilidad y afectivas que el asesor se impone sobre sí mismo. En esta experiencia única de completa libertad afectiva, dentro de un marco bien definido, el cliente se siente libre de reconocer y comprender sus impulsos y modelos de conducta, positivos y negativos, como en ningún otro tipo de relación. La relación terapéutica es diferente e incompatible con la mayor parte de las relaciones de autoridad de la vida diaria.

Un punto importante dentro del establecimiento de la relación terapéutica es la comunicación, las características antes descritas conforman en cierto modo, parámetros de una buena comunicación. Ahora bien, ¿Qué es la comunicación?, ¿Cuáles son los elementos de la comunicación?, ¿Cuáles son los niveles de análisis de la comunicación?, ¿Cuáles son los tipos de comunicación?, ¿Cuáles son los modelos de comunicación?, Las respuestas a estas preguntas serán expuestas a continuación.

4.1.2.1. La Comunicación

Es considerado un proceso de interacción entre dos o más elementos de un sistema, en el que una persona que es el componente básico del proceso, comparte significados. La función básica de este proceso es desarrollar relaciones. De igual forma es considerado un proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. También se le entiende como una situación conductual en la cual una fuente transmite un mensaje a un receptor con la intención de afectar su conducta posterior (Santoro, 1987)

La comunicación supone un intercambio, transmisión, flujo, transferencia de una estructura, en el que se requiere como mínimo dos estructuras, una que se modifica y otra que detecta el cambio.

4.1.2.2. Elementos

Un sistema simple de comunicación, consta de los siguientes componentes:

Fuente u origen donde se genera el mensaje.

Mecanismo de codificación, en el cual se decide la forma más eficiente para transmitir el mensaje.

Unidad de transmisión, que envía un mensaje codificado a través de un canal.

Medio o vehículo que utilizando un canal particular, transfiere el mensaje.

Canal: vínculo o nexo material que conecta las unidades.

Mensaje: sistema de signos codificados, llevados a un soporte físico. Es la idea o señal original generada en la fuente y sometida al proceso de codificación. Supone información cifrada.

Decodificación, proceso de transducción, transformación de la información al sistema de signos utilizados por el destino.

Destino: elemento final en el recorrido del mensaje. Elemento sobre quien se realiza la operación de transmisión.

Efecto: cambio de estado ocurrido en la unidad de destino como consecuencia de la aplicación del mensaje.

Retroalimentación: cambio manifiesto en el destino, producido por el proceso de comunicación y que se convierte en mensaje para el elemento origen o fuente. Informa sobre los efectos del mensaje, modulado en el proceso.

Ruido: mensajes adicionales incorporados al sistema y no existentes en el inicio del proceso.

Distorsión: pérdida de información original contenida en el mensaje.

Estos elementos pueden considerarse como un esquema inicial que debe servir de base para estructuras más complejas y complicadas; lo importante es que el proceso sea dinámico (Santoro, 1987).

El proceso se supone que es bidireccional, es decir, que el emisor se convierte en receptor y viceversa. Una comunicación auténtica es aquella en donde cada elemento genera y recibe mensajes y donde las posibilidades de transacción sean iguales.

4.1.2.3. Niveles de análisis

La comunicación como proceso, se puede identificar en distintos niveles de la realidad, como son:

Físicos: intercambio o transmisión de información en conjuntos o dominios de naturaleza artificial.

Biológicos: intercambio de información en sistemas biológicos elementales, en el ámbito celular.

Animal: se refiere al proceso de intercambio de mensajes, signos intra e interespecie, controlados por mecanismos innatos o aprendidos.

Humana: intercambio de señales, signos y símbolos a nivel intrapersonal e interpersonal. Este último cubre situaciones o estructuras microsociales (díada, pequeño grupo y organizaciones). Constituye el nivel más elemental en el que participan dos personas, esta puede variar en términos de direccionalidad (unidireccional o bidireccional), comunalidad del

código (nula, parcial, total), la finalidad (información, afecto, juego), el grado de interacción (superficial, profundo), la duración (temporal, permanente). En esta se encuentran en juego todos los sistemas de transmisión natural de mensajes que posee el hombre, tanto verbales como no verbales.

Social: comprende el proceso de generación, flujo de mensajes en estructuras sociales globales.

4.1.2.4. Comunicación verbal

La comunicación verbal incluye dos elementos lingüísticos implícitos en el uso del lenguaje, emisión de sonidos articulados con estructuras sintácticas que refieren a un determinado dominio de fenómenos significativos, que cumplen una función específica.

Además del lenguaje articulado se incluye en la comunicación verbal, mensajes sonoros no lingüísticos que permiten transmitir significados (tasa, ritmo de emisión, silencios, pausas, intensidad de la voz, cualidad tonal).

Esta supone la existencia de un repertorio de signos y un código común compartido, el cual permite el intercambio de significados y experiencias.

4.1.2.5. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal por sí misma o como acompañamiento de la comunicación verbal, consiste en un conjunto de patrones conductuales o expresivos que permiten expresar significados, siempre y cuando exista un repertorio común entre los individuos. La comunicación no verbal comprende todos aquellos códigos diferentes al lingüístico: visuales (movimientos corporales, gestos, postura, contacto visual, expresión facial), olfativos (olores, perfumes), gustativos (comidas, bebidas), táctiles (presión, caricias, golpeteo). Dichos patrones conductuales se han abordado de diversas formas; a continuación se mostrará una taxonomía en donde se define las diversas formas de estudio de la comunicación no verbal

La proxemica: estudio de las formas como el hombre utiliza y estructura inconscientemente el microespacio, distancia entre las personas en el proceso de interacción, uso del espacio en el habitat, etc.

La organización del espacio puede ser clasificada en tres categorías:

Aspectos fijos, visibles o no: organización espacial de las ciudades, límites, espacios abiertos, etc.

Semifijos: arreglo de objetos móviles, como mesas, sillas, etc.

Informales: distancia mantenida en la interacción con otros, tanto a nivel diádico como grupal.

La Kinésica: se refiere a los movimientos corporales como conductas. El significado de los movimientos solo puede identificarse adecuadamente mediante el conocimiento del contexto. Pueden ser movimientos giratorios del tronco, movimientos de vaivén del tronco, movimientos de inclinación de cabeza, gesticulación, automanipulación.

Paralingüística: se refiere a todo aquel conjunto de emisiones sonoras, cualidades de la voz, intensidad, pausa, sonidos no articulados, tartamudeo, que acompañan el habla y sirven como reguladores o intensificadores de su contenido. Son moduladores de la comunicación que en ciertas ocasiones constituyen códigos independientes.

4.1.2.6. Modelos de Comunicación

El modelo más común del proceso surge de la comunicación electrónica y está conformado por: emisor, mensaje, receptor; a partir de allí se han elaborado una serie de modelos, de los cuales para soporte teórico de este trabajo encontramos, el de Casado (1996):

Este modelo plantea que cada uno de los integrantes del proceso de comunicación participen en un intercambio comunitario que no solo incluye mensajes sino también todo aquello que constituye un universo humano: percepciones, sentimientos, afectos, actitudes, prejuicios, ideas, pensamientos, conductas, etc.

Casado(1996) presenta en su modelo seis (6) etapas o fases:

Fase Precomunicacional: universos separados, comunicación indirecta.

Fase de Contacto Tangencial: inicio de la comunicación superficial.

Fase inicial: planteamientos iniciales del tema o problema.

Fase de Mantenimiento: comunicación más profunda, mayor acercamiento, mayor intercambio de información y sentimientos.

Fase de cierre: planes, actividades, nuevos encuentros para el futuro

Fase postcomunicacional: los participantes o elementos del sistema se separan pero de alguna forma han quedado afectados por la comunicación establecida; queda nueva información lograda por ambos participantes y se ha cambiado el estado psicológico de ambos

De la comunicación el elemento más importante para esta investigación es la información, según Chirinos (1985), si el paciente es mejor informado, trae como consecuencia una mejor disposición emocional aumentando su seguridad y control en aspectos importantes dentro de su enfermedad. Por otro lado Maslow (1975, c.p. Chirinos, 1985), afirma que todo lo que no se sabe ejerce una influencia sobre el individuo, mientras que lo conocido permite elección y control. En un estudio realizado por Wallece, (1984 en Monsalve, 1998), se encontró que la información fue efectiva en la reducción de las respuestas de ansiedad, disminuyendo las medidas de temores y ansiedad, lo que se tradujo en una recuperación satisfactoria (Monsalve, 1998).

Entonces puede concluirse que la información es una técnica útil que le permite al paciente manejar una situación previamente conocida, a través de la misma. De allí que se considera importante y necesaria para que el paciente afronte la enfermedad de una manera diferente.

La información dada durante el programa, está dirigida a reducir los factores psicológicos predisponentes a las enfermedades cardíacas, dicha información está centrada en los hábitos comportamentales (el hábito del cigarrillo, hábitos alimenticios, ejercicio físico, técnicas de relajación, concentración y respiración)

4.1.2.7. Estrategias para Establecer la relación terapéutica y suministro y obtención de información

Antes de describir directamente las estrategias relacionadas con el Establecimiento de la Relación Terapéutica, es necesario describir los procedimientos médicos que se le efectuaban a los pacientes incorporados a esta investigación. Como se nombró en párrafos anteriores, las enfermedades de las arterias coronarias consiste fundamentalmente en la aparición de estrecheces en la luz de estos vasos que dificultan y hasta pueden llegar a impedir el paso de la sangre. Ahora bien el procedimiento de Angioplastia Coronaria se lleva a cabo en el laboratorio de cateterismos y se basa en dilatar el segmento estrechado de la arteria coronaria. Esto se consigue desde el interior del vaso haciendo avanzar por la arteria coronaria un catéter con balón que se infla en el lugar de la estrechez para ensancharla. Actualmente es el procedimiento más empleado por ser mucho menos traumático: no requiere ni operación quirúrgica ni anestesia y es menos costoso. Su principal inconveniente estriba en que la estrechez puede reproducirse en algunos casos (Tortoledo, 1998). Entonces para esta investigación se escogieron pacientes que fueron sometidos a procedimientos de Angioplastia en el Laboratorio de Hemodinamia del Hospital de Clínicas Caracas. Los pacientes que son sometidos a estos procedimientos permanecen durante cuatro (4) horas en la sala de reposo del laboratorio. Es en la sala de reposo donde se estableció el primer contacto con el paciente, el facilitador se presentó de forma cordial con su nombre y apellido, los instrumentos de medición utilizados en la investigación los cuales se describen más adelante, fueron utilizados para el establecimiento del rapport, es decir, a la misma vez, que se obtenía información del paciente, se fue estableciendo las bases de la relación terapéutica, entonces una vez que el facilitador se presentó al paciente, le proporcionó información general acerca del programa y le administró los instrumentos. Dicha aplicación se asemejó a una entrevista en donde el ambiente de informalidad, calidez y aceptación son primordiales para el establecimiento de la relación. Cabe destacar que las bases de la relación se fueron desarrollando a medida que avanzaban las sesiones del programa.

4.1.3. Conciencia

Otra de las técnicas utilizadas dentro del programa es la del “Darse Cuenta”; a la psicoterapia gestalt le interesa la toma de conciencia, ésta técnica es usada durante el segundo módulo del Programa de Asesoramiento Psicológico. Ella ayuda a restablecer el funcionamiento total e integrado del individuo. Para que éste pueda modificar de algún modo su conducta, tiene que abarcar previamente las sensaciones y sentimientos que ella conlleva. Restaurar la aceptabilidad de la toma de conciencia (cuales quiera fueren las revelaciones resultantes) es un paso decisivo en el camino hacia el desarrollo de la conducta nueva. La persona aprende a hacerse más consciente a través de diversos ejercicios o de la guía del terapeuta, que le llama la atención sobre algunos pormenores relevantes, pero ignorados, de su propio comportamiento (Polster y Polster, 1973).

Esta focalización aparece en la psicoterapia cuando la gama de experiencias humanas está dividida en experiencias culminantes y constitutivas. Las experiencias culminantes son una forma compuesta: un acontecimiento total y unificado, de relevancia central para el individuo. Estas experiencias generalmente pasan inadvertidas, la persona puede explorarlas y descubrir sus relaciones con el acontecimiento central, intensificando así la experiencia culminante.

De igual modo, cuando se explora la propia conciencia puede identificar los componentes de la experiencia cotidiana que son la sustancia de su vida. Polanyi (en Polster y Polster, 1973) describe el acto de comprensión como un proceso de unir las partes inconexas en un todo que las comprende.

Así es como llega el individuo a entender el mundo (Polster y Polster, 1973), comprendiéndose a sí mismo y comprendiendo sus propias experiencias dentro de ese mundo. El hombre se mueve entre la experiencia de la síntesis vital y la conciencia de los factores elementales que hacen de la existencia un ciclo dinámico en permanente renovación.

La toma de conciencia, bien empleada, sirve para mantenernos al día con nosotros mismos. Es un proceso incesante, accesible en todo momento: no una iluminación única y esporádica que solo se puede alcanzar en ocasiones o condiciones especiales. Está siempre disponible, a modo de una corriente subterránea de la que puede surgir, en caso necesario, el manantial de una experiencia reparadora y vivificante. La focalización en la propia conciencia mantiene a la persona inmersa en la situación presente y aumenta el impacto de la experiencia terapéutica, así como el de las experiencias más comunes del diario vivir. Cada toma de conciencia sucesiva es un paso que lo acerca a la articulación de los temas fundamentales de su vida, y un paso también hacia la expresión de esos temas.

4.1.4. Relajación y Respiración.

Otra de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en este programa es la relajación, ésta tiene como premisa que en toda enfermedad existe una tensión psicoorgánica que es necesario mejorar a través de la tranquilización psíquica y orgánica (Diez, 1975). Los estados de tensión psíquica traducen igualmente una tensión muscular continua y nociva, en la que juegan un papel tanto la emoción como la actividad mental en enfermedades orgánicas (somatopsíquicas) y en enfermedades funcionales (psicosomáticas)

La relajación es recomendable en enfermedades somatopsíquicas en casos de reacción emocional desproporcionada a la lesión orgánica

Por otro lado, las enfermedades psicosomáticas son:

Todas aquellas que aparentemente no reconocen etiología alguna, o no es posible explicarlas. Y que se cruzan con tensiones emotivas

Alteraciones del ritmo del sueño

Tensión nerviosa (jaquecas, cansancio físico y mental, dificultad para concentrarse, enrojecimiento o palidez frecuente de la cara)

Excitación nerviosa (irritabilidad, asma, depresión, obesidad, sudoración)

Trastornos sexuales (impotencia, frigidez)

Trastornos digestivos

Trastornos circulatorios (palpitaciones, fluctuaciones de la presión arterial, dolores en el pecho)

Enfermedades de ejecutivos (problemas económicos, familiares, sociales, profesionales)

Según Diez (1975), la mayoría de los individuos sometidos a relajación consiguen:

Mayor facilidad y rapidez en conciliar el sueño

Posibilidad de poder conseguir una mayor capacidad de concentración

Desaparición de los tics

Disminución del hábito de fumar

Supresión del alcohol

Aumento del rendimiento intelectual

Formulación y consecución de propósitos

La relajación es una técnica dirigida a reducir los niveles de ansiedad o angustia y a favorecer la situación de bienestar, es decir, que es un procedimiento terapéutico definido, que apunta a obtener en el individuo una descontracción muscular psicológica con la ayuda de ejercicios apropiados (Monsalve, 1998). Con la modificación del tono muscular a la par corren ciertas modificaciones psicológicas en el individuo y varía la forma como es vivida la tensión provocada (Diez, 1975).

Según Fontana (1982 en Monsalve, 1998), en la relajación, la mente y el cuerpo son liberados de las exigencias conscientes y de las tensiones. Conforme el individuo se vuelve más consciente de su cuerpo se da cuenta que la tensión surge como una manera de disponer al cuerpo para la acción

Es así como la relajación permite evitar, controlar o normalizar los estados de fatiga y obtener cambios favorables en los indicadores de ansiedad tales como, tensión, la agitación y el nerviosismo, además de influir en la frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria y es una herramienta que podrá utilizar el paciente cuando lo considere necesario (Monsalve, 1998).

Cabe destacar, que dentro de la relajación, la respiración juega un papel muy importante, pues es a través de ella que se logra. Por medio del sistema respiratorio, conformado principalmente por las vías respiratorias (nariz y boca) y los pulmones, es que se logra tomar oxígeno del medio ambiente, se logra transformarlo y transportarlo a todo el organismo. (Diez, 1975). El individuo muchas veces no está consciente de su forma de respirar y no sabe que a través de ella puede controlar estados emocionales que no son beneficiosos para su salud, es así como podemos observar, por ejemplo, la respiración en personas que están sometidas a altos niveles de estrés en donde el aire no llega completo hasta el abdomen, también podemos ver que el ritmo respiratorio aumenta notablemente produciendo una aceleración en el funcionamiento del corazón lo que conlleva a saturarlo de trabajo.

En personas con patrones de conductas Tipo A, es evidente la falta de consciencia acerca de su respiración, generalmente están bajo la premura del tiempo, por tanto su respiración es incompleta impidiendo así una mayor facilidad y rapidez en conciliar el sueño e impidiendo la posibilidad de poder conseguir una mayor capacidad de concentración.

4.1.5. Visualización

Otra de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas dentro del programa, son la técnicas de visualización; en el proceso de visualizar se utiliza la capacidad de imaginar, de pensar internamente sobre cómo será un producto o incluso el día siguiente.

Las imágenes son configuraciones de energía así como los pensamientos y los sentimientos también lo son. Las imágenes no son necesariamente imaginarias. Algunas reflejan la verdad externa, mientras que las imaginarias son pura inventiva. Una imagen es una configuración mental tan cierta como lo es un pensamiento. Una se expresa como relato, lo otro como frase, pero ambas pueden conformar o no la realidad (Beauport s/f, en Monsalve, 1998).

Formando imágenes en la mente no sólo se puede enriquecer la vida mejorando el poder del cerebro, sino que también ayuda a guiar la vida diaria, ya que las imágenes son información, información real, utilizable en cualquier rango de la realidad. La visualización como técnica puede ser empleada como un medio para hilar ideas, experiencias y para sustituir los miedos y experiencias negativas por ideas y creencias positivas (Monsalve, 1998)

Para practicar la visualización, ayuda colocarse en una posición cómoda, preferiblemente acostado, cerrar los ojos, relajar el cuerpo y enfatizar en lo positivo, utilizando afirmaciones (Monsalve, 1998).

5. Sistema de Hipótesis

5.1. Hipótesis General

La participación en un Programa de Asesoramiento Psicológico (P.A.P.) de pacientes que han sufrido de algún evento cardíaco y que se le han efectuado procedimientos de angioplastia, tiende a disminuir la presencia de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) en dichos pacientes.

5.2. Hipótesis Específica

Los pacientes después de haber sido sometidos a un P.A.P. tienden a mostrar diferencias significativamente menores en cuanto a riesgo en los F.P.P.E.C.V. con respecto a la medida inicial efectuadas sobre los mismos.

6. Sistema de Variables

<i>Variable</i>	<i>Clase de Variable</i>	<i>Def. Conceptual</i>	<i>Def. Operacional</i>
Programa de Asesoramiento Psicológico (P.A.P.)	Variable Independiente (V.I)	Es el P.A.P. basado en los F.P.P.E.C.V., representa la proposición explícita de como llevar a cabo un conjunto de actividades y estrategias informativas y psicoterapéuticas dirigidas a reducir el riesgo de los factores antes mencionados	El P.A.P. centrado en los F.P.P.E.C.V. dividido en cinco fases a saber: 1) establecer un contacto inicial con el paciente; 2) diagnosticar los F.P.P.E.C.V.; 3 y 4) Intervención psicológica en H.C. y E.A.E. y 5) seguimiento y evaluación del P.A.P.
Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares F.P.P.E.C.V	Variable Dependiente (V.D.)	Son todos aquellos factores que tienen que ver con Hábitos Comportamentales (H.C.), Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.), Trastornos Emocionales (T.E.) y Patrón de Conducta tipo A (P.C.T.A.) que influyen de forma negativa en la salud cardíaca.	Son las categorías de las frecuencias y puntajes de los factores antes señalados en riesgoso (R), moderado (M) y no riesgoso (NOR) obtenidos en el Cuestionario de Estilo de Vida Sano pre y post-tests y control semanal, y un percentil clasificatorio con las mismas categorías en el JAS.
Sexo, edad, nivel de instrucción, procedimientos médicos, salud mental, nivel socioeconómico	Variabes Extrañas Controladas (V.E.C.)	Son todas aquellas variables que homogeneizaron a la muestra durante la investigación	Todas aquellas variables relacionadas con el sexo, edad, nivel de instrucción, procedimientos médicos, salud mental y nivel socioeconómico que homogeneizaron a la muestra durante la investigación.

V. Metodología

1. Población

La población del estudio son todos los pacientes cardíacos, de ambos sexos con edades comprendidas entre 45 y 80 años que han sido sometidos a procedimientos de angioplastia.

2. Muestra

La muestra fue no aleatoria de carácter opinática, es decir, por recomendaciones de expertos en el área, constituida por 14 pacientes sometidos a procedimientos médicos en el Laboratorio de Hemodinamia del Hospital de Clínicas Caracas, con las siguientes características:

Recluidos en el H.C.C.

Que hayan sufrido máximo un evento cardíaco (I.M., H.P.T.A., angina de pecho, etc.) y con Enfermedad Arterial Coronaria Obstructiva

Que se hayan sometido a procedimientos de angioplastia

Mentalmente saludables, es decir, sin trastornos mentales, que se encuentren conscientes y situados en el espacio y el tiempo

Pacientes de ambos sexos

Con edades comprendidas entre 45 y 80 años

Con un nivel de instrucción de 6to grado aprobado

Con residencia en el país

Con capacidad de cancelar los costos médicos de la clínica

3. Diseño de Investigación

La investigación realizada es de tipo aplicada, con un diseño cuasi-experimental de un grupo sometido a pre – tests y post – tests (McGuigan, 1996), con seguimiento semanal por medio de un registro conductual.

A un grupo se le aplicó un cuestionario (Estilo de Vida Sano) antes de ser sometido a un Programa de Asesoramiento Psicológico, luego a ese mismo grupo se le aplicó de nuevo el

mismo test después de haber pasado por el programa. Este diseño busca estudiar los cambios ocurridos antes y después de un tratamiento.

Este diseño presenta ciertas desventajas, una de ellas es que las puntuaciones pueden estar determinadas por cualquier evento que ocurra producto del tiempo que transcurre entre el pre y post test, es decir, puede o no puede existir una mejoría en los puntajes de la variable dependiente sin relación con la aplicación del tratamiento entre el pre test y post test. (McGuigan, 1996). Entonces para proporcionar más fuerza al diseño, se registró semanalmente los efectos del programa durante tres semanas antes de la aplicación del post – test.

3.1. Diseño de la Experiencia

Gr. Experimental	Pre-test	Programa: Interv	Mes de alta de la clínica	Post - test
			Seguimiento semanal (3 sem)	

Se escogió este diseño de un grupo experimental en vez de un diseño con grupo control por las siguientes razones:

Morfología del Programa:

Por la forma en que fue diseñado el programa, los pacientes debían cumplir estrictamente con las características antes mencionadas. Este perfil fue consultado con expertos.

Eventos azarosos y compromisos profesionales:

El flujo de esos pacientes fue muy reducido debido a:

- averías de los equipos de Hemodinamia
- compromisos profesionales de los médicos que trabajan en el Laboratorio.

Razones éticas:

El Programa no pretendía privar de sus beneficios a los pacientes.

El paciente era libre de ingresar o no al Programa.

4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron los siguientes :

La Entrevista Semi - Estructurada de Salud

El Inventario de Actividades de Jenkins (Jenkins Activity Survey “JAS”)

El Cuestionario de “Estilo de Vida Sano”
Cuestionario de “Estilo de Vida Sano” versión control semanal.

4.1. Entrevista semi-estructurada de salud

Esta entrevista buscó recolectar información del paciente en cuanto a datos personales, socio-demográficos y de salud (ver anexo N°2). Dicha información fue vaciada en un protocolo el cual fue dividido en tres partes, la primera compuesta por 6 ítems, la segunda por 7 ítems y la última por 4 ítems, dando un resultado de 17 ítems. A continuación se presentará la tabla de especificaciones en donde se muestra el área y la numeración de los ítems.

AREA	Nº. DE ITEMS
<i>Datos personales</i>	A, B, E, F, H, I
<i>Datos socio demográficos</i>	C, D, I, J, K, L, M.
<i>Salud</i>	1,2,3,4.

4.2. El Inventario de Actividades de Jenkins (JAS)

El Inventario de Actividades de Jenkins, fue creado por C.D. Jenkins, S. J. Zyzanski y R. H. Rosenman. En esta investigación se utilizó la adaptación española hecha por E. G. Fernández – Abascal. La administración del Inventario puede ser individual o colectiva. Para efectos de este trabajo la administración fue individual con una duración aproximada de 15 a 20 minutos y sólo fue aplicada a Adultos pues está diseñado para ellos. Este test busca evaluar el Patrón de Conducta Tipo A (P.C.T.A.) y tres dimensiones relacionadas. Los puntajes están expresados en puntuaciones típicas normalizadas y percentiles (ver anexo N°4).

A continuación se presentará la tabla de especificaciones del JAS:

AREAS	ÍTEMS
TIPO A	3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 28, 30, 32, 35, 37, 40, 43, 46
FACTOR S	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 22, 23, 25, 26, 30, 32, 35, 39, 44
FACTOR J	3, 4, 10, 11, 17, 21, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52
FACTOR H	2, 3, 7, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 29, 31, 42, 43, 45, 46, 51

La tabla se divide en cuatro áreas, las cuales son: Patrón de Conducta Tipo A representada por 21 ítems; Prisa e Impaciencia (factor S) con 21 ítems; Implicación en el trabajo (factor J) representado con 24 ítems y Comportamiento Duro y Competitivo (factor H) que se representado por 20 ítems, la prueba contiene 52 ítems en total. Cabe destacar que algunos ítems pueden medir más de un factor

Las puntuaciones transformadas en percentiles para el **JAS** están categorizadas de la siguiente manera:

- 1 – 24 No Riesgoso (NOR)
- 27 – 76 Moderado (M)
- 79 – 99 Riesgoso (R)

4.3. Cuestionario de “Estilo de Vida Sano”

Este cuestionario fue utilizado y diseñado para esta investigación por el autor con el fin de diagnosticar los F.P.P.E.C.V. (ver anexo N°1). Cabe destacar que fue validado por expertos y se hizo un estudio piloto del mismo. La siguiente tabla especifica las áreas a medir por el instrumento, tiene cuatro columnas, las cuales denominan a los F.P.P.E.C.V. y el tipo de ítems que mide el instrumento.

AREA	CONOCIMIENTO	EJECUCIÓN	FRECUENCIA
<i>ESTÍMULOS AMBIENTALES ESTRESANTES (E.A.E.)</i>	1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25,	2, 7, 12, 17, 22,	3, 8, 13, 18, 23,
<i>HÁBITOS COMPORTAMENTALES (H.C.)</i>	28, 29, 32, 33, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 56	26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54	27, 31, 35, 39, 43, 47, 51
<i>TRASTORNOS EMOCIONALES (T.E.)</i>	62	57, 59,60,63	58, 60,

Como se observa hay tres áreas, las cuales son: Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.), Hábitos Comportamentales (H.C.) y Trastornos Emocionales (T.E.).

En el área de E.A.E. hay 15 ítems de conocimiento, 5 de ejecución y 5 de frecuencia. En el área de H.C., existen 15 ítems de conocimiento, 8 de ejecución y 7 de frecuencias. En el área de T.E., hay 1 pregunta de conocimiento, 4 de ejecución y 2 de frecuencia. Existen pocas preguntas en esta área, pues ésta estuvo complementada con la aplicación del “JAS” además el programa no abarcó a profundidad este factor.

Las puntuaciones para el Cuestionario Estilo de Vida Sano están categorizadas de la siguiente manera:

Estímulos Ambientales Estresantes (EAE)

0 – 22 = EAE Riesgoso

23 – 44 = EAE Moderados

45 – 65 = EAE No Riesgoso

Hábitos Comportamentales (HC)

0 – 19 = HC Riesgoso

20 – 40 HC Moderados

41-58 HC No Riesgoso

Puntuaciones negativas (-) = HC Riesgoso

Trastornos Emocionales (TE)

0 – 2 = *TE Riesgoso*

3 – 4 = *TE Moderados*

5- 6 = *TE No Riesgoso*

Puntuaciones negativas (-) = TE Riesgoso

4.4. Cuestionario “Estilo de Vida Sano” versión control semanal

Al igual que el instrumento anterior, este fue elaborado por el autor de la investigación y se sometió al mismo proceso de validación. Para el control semanal no fue necesaria la medición de los conocimientos adquiridos durante el programa, se hizo énfasis en la ejecución y la frecuencia, a través de este instrumento se observó como fue el comportamiento de los pacientes durante las tres semanas consecutivas a la aplicación del programa (ver anexo N°3). A continuación se muestra la tabla de especificaciones.

AREA	EJECUCIÓN	FRECUENCIA
<i>ESTÍMULOS AMBIENTALES ESTRESANTES</i>	1, 3, 5, 7, 9,	2, 4, 6, 8, 10,
<i>HÁBITOS COMPORTAMENTALES</i>	11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25	12, 14, 16, 18, 20, 22, 24
<i>TRASTORNOS EMOCIONALES</i>	26, 28,	27, 29

Se puede ver las áreas relacionadas con los F.P.P.E.C.V. al igual que el cuestionario anterior. Para E.A.E. hay 5 ítems de ejecución y 5 de frecuencia, para H.C. hay 8 ítems de ejecución y 7 de frecuencia y para T.E. hay 2 ítems de ejecución y 2 de frecuencia

Las puntuaciones para el **Cuestionario Estilo de Vida Sano Versión Semanal** están categorizadas de la siguiente manera:

Estímulos Ambientales Estresantes (EAE)

0 – 13 = *EAE* Riesgoso

14 – 26 = *EAE* Moderados

27 – 40 = *EAE* No Riesgoso

Hábitos Comportamentales (HC)

0 – 5 = *HC* Riesgoso

6 – 10 = *HC* Moderados

11 - 14 = *HC* No Riesgoso

Puntuaciones negativas (-) = HC Riesgoso

Trastornos Emocionales (TE)

0 = (TE) Riesgosos

1 = (TE) No Riesgoso

Puntuaciones negativas (-) = TE Riesgoso

5. Estudio Piloto

Antes de aplicar formalmente el Programa de Asesoramiento Psicológico se escogió una muestra de 5 pacientes para realizar un estudio piloto y evaluar los instrumentos. Durante la prueba se observó la necesidad de cambios. El programa original constaba de 5 sesiones. En la primera sesión se aplicaba la entrevista semi-estructurada y se modelaban técnicas de relajación para reducir el estrés al momento de ser aplicado los procedimientos médicos en el Laboratorio de Hemodinamia, posteriormente al momento en que el paciente egresaba de la sala, se aplicaba el Cuestionario de Estilo de vida Sano y el JAS.

Con esta forma de aplicar la primera sesión se observó que se perdía material, ya que muchos de los pacientes no cumplían con los requisitos de ingreso al Programa.

En cuanto a los instrumentos, se observó que ciertas preguntas producían confusión y dejaba por fuera ciertos aspectos importantes en áreas como T.E. y H.C.; por tanto, se incluyó para la aplicación formal del PAP dos preguntas más al Cuestionario de Estilo de Vida Sano. Ahora bien, en cuanto a la aplicación de los instrumentos había cierta incomodidad por parte

de los pacientes a la hora de contestar los ítems, pues algunos de ellos estaban adoloridos por los procedimientos médicos y les incomodaba tener que responder el JAS en la sala de recuperación por tanto había que proporcionarles más tiempo para aplicarlo.

Con respecto a las explicaciones dadas y a la exposición de técnicas enmarcadas dentro de la Intervención Psicológica, se observó que los pacientes siempre estaban rodeados de familiares y eran constantemente interrumpidos por llamadas telefónicas a su habitación. Por otro lado también se observó que, al paciente le resultaba difícil retener los ejercicios enseñados y llevar a cabo actividades que implicaran leer y escribir.

A raíz de estas observaciones se expondrá la aplicación del programa reformulado

6. Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico para pacientes con Enfermedades Coronarias

El Programa como ya se ha expresado está compuesto por cinco fases a saber: *la primera* consistió en establecer un Contacto Inicial con el paciente, tuvo una duración aproximada de 30 minutos y las actividades eran:

El establecimiento del rapport: las estrategias utilizadas fueron básicamente la aceptación, comprensión y la sinceridad a través de la entrevista inicial, se escuchó atentamente las necesidades del paciente y las intervenciones eran en base al discurso de la persona

Aplicación de la entrevista semiestructurada

Invitación, información y establecimiento de los límites del programa: básicamente para establecer los límites, se suministró información acerca del programa por medio de un tríptico informativo y se aclaraba el papel del facilitador dentro del recinto hospitalario y su función dentro del programa.

Los recursos materiales utilizados fueron la entrevista semiestructurada y el tríptico informativo (ver anexo N°5), por su lado los recursos humanos estaban compuestos por el Facilitador y el Paciente.

En *la segunda fase* denominada Diagnóstico se aplicó el JAS y el Cuestionario Estilo de Vida Sano, éstos a su vez componían los recursos materiales para la segunda sesión. Ahora bien entre los recursos humanos figuraban (durante ésta y el resto de las sesiones) el Facilitador y el Paciente. La duración aproximada fue de 35 minutos. Cabe destacar que éstas pruebas eran aplicadas una vez que el paciente se encontraba en su habitación, el Facilitador

aplicaba el Cuestionario de Estilo de Vida Sano y daba las instrucciones del JAS, el cual era recogido y evaluado al día siguiente.

Para la *tercera y cuarta sesión* caracterizada por ser las sesiones de tratamiento (denominadas Intervención Psicológica I y II), se suministraron al paciente trípticos informativos (ver anexos N°6, 7, 8 y 9) acerca de hábitos alimenticios, consumo de alcohol y de cigarrillos, instrucciones para los ejercicios de concentración, visualización, respiración y relajación relacionados con las áreas de Hábitos Comportamentales y Estímulos Ambientales Estresantes. Además se modelaron los ejercicios que estaban destinados a la reducción de los E.A.E. y a la toma de consciencia de su enfermedad, las estrategias utilizadas en relación a la toma de consciencia consistieron básicamente en lo siguiente: se le pidió al paciente durante la sesión, que identificara las situaciones y las sensaciones en que ejecutaba conductas no beneficiosas para su salud cardíaca, es decir, que tomara consciencia de su cuerpo y del contexto y como ello repercutía sobre su corazón. Sí por ejemplo el paciente manifestaba que fumaba en exceso, se le pedía, que identificara en qué situación fumaba, que describiera ampliamente, los objetos y las personas que se encontraban a su alrededor, posteriormente se le pedía que describiera las sensaciones corporales, por ejemplo tensión en alguna parte específica de su cuerpo, si sudaba, si apretaba los puños o la mandíbula etc., para luego caer en las sensaciones, por ejemplo ansiedad. Todo esto con el fin de que el propio paciente pudiera analizar su situación y el efecto perjudicial que dicha acción producía en su salud cardíaca. La duración aproximada de las dos sesiones, sin receso, fue de 95 minutos. Cabe destacar que en cuanto a la preparación del ambiente, se pedía a los familiares que desalojaran la habitación o permanecieran en silencio y también se descolgaba el teléfono.

La *quinta sesión* caracterizada por ser la sesión de seguimiento y evaluación del programa (llamada Evaluación), pretendió ver el comportamiento de los pacientes durante 3 semanas en las áreas relacionadas con los F.P.P.E.C.V. a través del Cuestionario de Estilo de Vida Sano versión semanal, aplicado por medio de llamadas telefónicas de 15 minutos (aproximadamente) y la evaluación del efecto del programa al cabo de un mes a través, de la aplicación del Cuestionario Estilo de Vida Sano, vía telefónica.

6.1. Técnicas de Recolección de Información

Las técnicas utilizadas para la investigación fueron:

La observación

Entrevista al personal médico, de enfermería y administrativo del Laboratorio de Hemodinamia del Hospital de Clínicas Caracas

Tests y cuestionarios aplicados a los pacientes, fueron: el JAS, el Cuestionario Estilo de Vida Sano pretests y postests y versión semanal y el protocolo de la entrevista semiestructurada

6.2. Técnicas de presentación y análisis de resultados

Los resultados de esta investigación serán presentados a través de:

Cuadros estadísticos de doble entrada y distribución de tablas de frecuencias

Estadísticos y gráficos de tortas

Explicaciones textuales

Análisis porcentual

Análisis de Wilconxon

VI. Resultados del Estudio

Como se presentó en párrafos anteriores, los resultados y los análisis de la investigación serán mostrados a través de cuadros estadísticos de doble entrada, distribución de frecuencias; gráficos de tortas, diagramas de dispersión y explicaciones textuales.

Las **Tablas 1, 2, 3 y 4** mostrarán las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos utilizados en la investigación (Cuestionario de Estilo de Vida Sano, Cuestionario de Estilo de Vida Sano Versión Semanal, el Jenkins Activity Survey y la Entrevista Semi-estructurada de Salud), a partir de estos resultados se procesaron los datos para los análisis.

Tabla N° 1
Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del Cuestionario
Estilo de Vida Sano Antes y Después
de la Aplicación del Programa

Paciente	ANTES			DESPUÉS		
	EAE	HC	TE	EAE	HC	TE
1	0	31	6	48	34	5
2	4	33	-1	30	41	4
3	13	-66	-3	58	30	4
4	14	45	-3	44	37	6
5	0	21	-4	15	38	3
6	0	26	0	21	26	5
7	0	25	-2	0	28	5
8	0	42	1	40	46	6
9	0	32	-7	26	40	1
10	0	-44	5	0	45	6
11	0	14	5	47	33	5
12	0	-22	-2	45	45	-2
13	0	13	-4	52	43	2
14	0	56	-2	44	56	3

LEYENDA: **EAE:** Estímulos Ambientales Estresantes; **HC:** Hábitos Comportamentales; **TE:** Trastornos Emocionales

La **Tabla N°1** muestra las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) en el Cuestionario de Estilo de Vida Sano (pre-test/post-test) antes y después de la aplicación del *Programa de Asesoramiento Psicológico (P.A.P.)*, dichas áreas son: *Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.)*, *Hábitos Comportamentales (H.C.)* y *Trastornos Emocionales (T.E.)*. La tabla identifica a cada paciente con un número del uno (1) al catorce (14).

Tabla Nº 2
Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del Cuestionario
Estilo de Vida Sano Versión Semanal

PACIENTE	SEM 1			SEM 2			SEM 3		
	EAE	HC	TE	EAE	HC	TE	EAE	HC	TE
1	0	7	1	40	5	1	17	5	1
2	11	11	1	11	14	1	9	14	1
3	0	7	-3	40	5	-2	32	5	-2
4	16	4	1	16	6	1	16	6	1
5	0	4	-3	8	11	-7	6	11	1
6	0	11	1	0	7	1	12	14	1
7	0	7	1	0	7	1	0	7	1
8	17	14	1	17	14	1	17	14	1
9	4	14	-3	15	14	1	15	14	1
10	0	11	-3	0	12	-1	0	14	-3
11	32	13	1	32	14	1	32	12	1
12	21	13	1	24	14	-7	24	14	-7
13	24	14	-7	20	14	-1	32	14	-7
14	16	11	-7	6	14	-7	32	14	-2

LEYENDA: EAE: Estímulos Ambientales Estresantes; HC: Hábitos Comportamentales; TE: Trastornos Emocionales

Los datos que aparecen en la **Tabla N° 2** son los resultados obtenidos por los pacientes en el Cuestionario de Estilo de Vida Sano Versión Semanal (C.E.V.S.v.s.), se pueden ver las puntuaciones obtenidas por los catorce pacientes durante tres semanas en las distintas áreas (**E.A.E.**, **H.C.**, **T.E.**) de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares.

Tabla N° 3

Puntuaciones Obtenidas en las Áreas del JAS Expresadas en Percentiles

Paciente	JENKINS PERCENTILES			
	PCTA	S	J	H
1	97	99	31	84
2	21	8	42	84
3	54	97	93	97
4	90	31	21	76
5	84	14	50	88
6	X	X	X	X
7	12	62	X	8
8	8	1	50	46
9	95	95	98	95
10	50	38	76	14
11	79	38	2	79
12	99	88	46	88
13	88	42	X	76
14	73	88	79	62

LEYENDA: PCTA: Patrón de Conducta Tipo A; S: Prisa e impaciencia; J: Competitividad y Rigidez; H: Envolvimiento en el Trabajo

En la **Tabla N° 3** están las puntuaciones obtenidas por cada uno de los catorce pacientes en el Jenkins Activity Survey (JAS), las puntuaciones se expresaron en percentiles y midió Patrón de Conducta Tipo A (**PCTA**), Prisa e Impaciencia (**S**), Competitividad y Rigidez (**J**) y Envolvimiento en el Trabajo (**H**).

Tabla N° 4
Resultados Obtenidos en la Entrevista
Semi-estructurada de Salud

Paciente	NI	ECA	Herencia
1	1	1	0
2	1	1	0
3	1	0	1
4	1	0	1
5	1	1	1
6	0	0	0
7	0	1	1
8	1	1	1
9	0	1	1
10	1	0	1
11	1	0	1
12	0	1	1
13	0	1	1
14	1	1	1
total	9	9	11

La **Tabla N° 4** discrimina a los pacientes con **Nivel de Instrucción (NI)** universitario (cuyo valor asignado es 1) o no universitario (cuyo valor asignado es 0), con **Eventos Cardíacos Anteriores (ECA)**, asignando el número 1 a aquellos que han sufrido más de un infarto y el número 0 a aquellos que sufrieron un infarto por primera vez. Y discrimina la variable **Herencia**, asignando el número 1 a aquellos pacientes cuyos padres han padecido o padecen de alguna enfermedad cardíaca y el número 0 a aquellos cuyos padres nunca padecieron o han padecido de enfermedades cardíacas. Al final de la tabla aparecen la proporción de pacientes con respecto al total en cada una de las variables.

Para la variable **NI** nueve de los catorce pacientes tenían un Nivel de Instrucción Universitario al igual que la cantidad de pacientes que han sufrido más de un infarto. Para la variable **Herencia** el número de pacientes en los cuales uno de sus progenitores han padecido o padecen de alguna enfermedad cardíaca es de 11, es decir de 14 pacientes en 11 sus progenitores han sufrido de alguna enfermedad cardíaca.

1. Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados

A partir de los resultados expuestos anteriormente, se procedió a preparar los datos para los análisis. En las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Estilo de Vida Sano se realizó la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon más un análisis porcentual. Para el Cuestionario de Estilo de Vida Sano Versión Semanal se realizó un seguimiento cronológico discriminado por categorías durante tres semanas. En el Jenkins Activity Survey se realizó un análisis porcentual. Para las correlaciones entre las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) se aplicó el Coeficiente de Correlación por rangos ordenados de Spearman. Para las correlaciones entre las áreas de los F.P.P.E.C.V. y las variables **Nivel de Instrucción, Eventos Cardíacos Anteriores y Herencia**, se aplicó el Coeficiente de Correlación Biserial-Puntual.

A esta sección se le sumará el análisis cualitativo del Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con enfermedades Coronarias sesión por sesión.

1.1. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon

A través de la aplicación de esta prueba se podrá observar los cambios ocurridos en el estudio antes y después de la aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico, pues ella “estudia las diferencias entre los valores de cualquier par y establece rangos en las diferencias en orden de tamaño absoluto” (Siegel, 1995, p 113).

1.1.1. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.)

De acuerdo a los procedimientos de cálculos necesarios se obtuvieron los siguientes resultados para la Prueba de Rangos asignados de Wilcoxon en el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.)

Tabla N°5
Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados
de Wilcoxon en el Área
de Estímulos Ambientales Estresantes

N = 12	T+ = 65	Test- = 0	a = 0,05
---------------	----------------	------------------	-----------------

N= número de pares; T+= suma de rangos positivos; T-= suma de rangos negativos y a= nivel de significación

Análisis e Interpretación

Hipótesis nula (Ho): los participantes después de haber sido sometidos a un PAP no tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a los Estímulos Ambientales Estresantes con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos no difiere de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Hipótesis alternativa (Hi): los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Estímulos Ambientales Estresantes con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos difieren de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Nivel de significación: se planteará un nivel de significación $\alpha=0.05$, puesto que “para la prueba de Wilcoxon... en muestras pequeñas, la eficacia es cercana a 95%” (Siegel, 1995, p 121) y N es el número de pares utilizados (14) menos el número de pares cuyas diferencias sean $d=0$; entonces $N=12$.

Región de rechazo: la región de rechazo consiste en todos los valores de T+ (suma de rangos positivos) cuya probabilidad asociada a Ho, es menor o igual 0,05. Para ello se utilizó la Tabla H del Apéndice I del libro de Siegel (1995).

La tabla N° 5 muestra que con $N=12$ y $T+=65$ se rechaza la Ho de $\alpha=0.05$ puesto que “el valor crítico de T+ es de 0,0212” (Siegel, 1995, p. 371), concluyéndose entonces que los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.) con respecto a la medida inicial; es decir, después del programa el factor de riesgo relacionado con los E.A.E. disminuyó con respecto a la medida inicial sufriendo cambios significativos.

1.1.2. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Hábitos Comportamentales (H.C.)

De acuerdo a los procedimientos de cálculos necesarios se obtuvieron los siguientes resultados para la Prueba de Rangos asignados de Wilcoxon en el área de Hábitos Comportamentales (H.C.)

Tabla N°6
Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon en el Área de Hábitos Comportamentales

N = 12	T+ = 49	T- = -3	a = 0,05
---------------	----------------	----------------	-----------------

N= número de pares; T+= suma de rangos positivos; T-= suma de rangos negativos y a= nivel de significación

Análisis e Interpretación

Hipótesis nula (Ho): los participantes después de haber sido sometidos a un PAP no tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a los Hábitos Comportamentales con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos no difiere de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Hipótesis alternativa (Hi): los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Hábitos Comportamentales con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos difieren de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Nivel de significación: se planteará un nivel de significación $\alpha=0.05$ y una $N=12$ ($14 - 2 = 12$)

Región de rechazo: la región de rechazo consiste en todos los valores de T+ (suma de rangos positivos) cuya probabilidad asociada a Ho, es menor o igual 0,05

Para una T+=49 y una N=12 se acepta la Ho de $\alpha=0.05$, puesto que “el valor crítico de T+ es de 0,2349” (Siegel, 1995, p. 371), concluyéndose entonces que los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP no tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Hábitos Comportamentales (H.C.) con respecto a la medida inicial; es decir, después de la aplicación del programa el factor de riesgo relacionado con los H.C. no sufrió cambios significativos.

1.1.3. Aplicación de la Prueba de Rangos Asignados de Wilcoxon para el área de Trastornos Emocionales (T.E.)

De acuerdo a los procedimientos de cálculos necesarios se obtuvieron los siguientes resultados para la Prueba de Rangos asignados de Wilcoxon en el área de Trastornos Emocionales (T.E.)

Tabla N°7
Datos Obtenidos para la Prueba de Rangos Asignados
de Wilcoxon en el Área
de Trastornos Emocionales

N = 12	T+ = 47	T- = -1	a = 0,05
---------------	----------------	----------------	-----------------

N= número de pares; T+= suma de rangos positivos; T-= suma de rangos negativos y a= nivel de significación

Análisis e Interpretación

Hipótesis nula (H₀): los participantes después de haber sido sometidos a un PAP no tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a los Trastornos Emocionales con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos no difiere de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Hipótesis alternativa (H₁): los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Trastornos Emocionales con respecto a la medida inicial. En términos de la prueba de Wilcoxon la suma de los rangos positivos difieren de la suma de los rangos negativos (Siegel, 1995).

Nivel de significación: se planteará un nivel de significación **a**=0.05 y una **N**=12

Región de rechazo: la región de rechazo consiste en todos los valores de **T+** (suma de rangos positivos) cuya probabilidad asociada, es menor o igual 0,05

Para una **T+**=47 y una **N**=12 se acepta la **H₀** de **a**=0.05, puesto que “el valor crítico de **T+** es de 0,2847” (Siegel, 1995, p. 371), concluyéndose entonces que los pacientes después de haber sido sometidos a un PAP no tienden a mostrar diferencias significativas en cuanto a Trastornos Emocionales (T.E.) con respecto a la medida inicial; es decir, después del programa el factor de riesgo relacionado con los T.E. no sufrió cambios significativos.

Análisis General del Apartado

Los resultados pueden resumirse en lo siguiente, los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) tuvieron diferencias significativas con respecto a la medida inicial en sólo una de sus áreas, que fue la de Estímulos Ambientales Estresantes, mientras que las dos áreas restantes (Hábitos Comportamentales y Trastornos Emocionales) no tuvieron diferencias significativas con respecto a la medida inicial.

Esto pudo ser a causa de que gran parte de los pacientes ya conocían acerca de Hábitos Comportamentales beneficiosos para su salud cardíaca (cosa que se evidencia por la alta correlación entre **Eventos Cardíacos Anteriores** y **H.C.**), pues un 64,29% de los pacientes estudiados ya habían sufrido de algún evento cardíaco (es decir 9 de 14 pacientes de la muestra estudiada) según datos recogidos en la Entrevista Semi-Estructurada de Salud. Por otro lado, el programa no se centró en Trastornos Emocionales pues era muy corto el tiempo de intervención y para ello se requiere más de una sesión. Sin embargo esta área es tocada a través del suministro de técnicas de relajación, respiración, concentración y visualización de manera indirecta porque se interviene en la tensión psicorgánica que subyace en toda enfermedad, tal como fue señalado anteriormente en cuanto a la relajación se refiere.

1.2. Análisis Porcentual de los Factores Psicológicos Predisponentes a la Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) Discriminadas por Categorías antes y después de la Aplicación del PAP

Este apartado describe como fue la distribución de pacientes por categorías en las distintas áreas de los F.P.P.E.C.V., las categorías son producto de la evaluación del Cuestionario Estilo de Vida Sano (pre-test /post-test), los puntajes en el cuestionario fueron divididos en tres grandes rangos los cuales fueron categorizados (de acuerdo a los resultados obtenidos en las puntuaciones) de la siguiente manera: puntajes bajos: **Riesgoso (R)**, puntajes medianos **Moderado (M)** y puntajes altos **No Riesgoso (NOR)**.

La **Tabla N° 8** discrimina la cantidad y el porcentaje de pacientes que habían en cada categoría de las áreas evaluadas antes y después de la aplicación del P.A.P.

Tabla N° 8
Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por
Categorías y Áreas del Cuestionario de Estilo de Vida Sano
Aplicado Antes y Después del PAP

A/C	ANTES								DESPUÉS							
	R	%	M	%	NOR	%	TN	%	R	%	M	%	NOR	%	TN	%
EAE	14	100	0	0	0	0	14	100	4	28,6	5	35,71	5	35,71	14	100
HC	5	35,7	6	42,86	3	21,43	14	100	0	0	8	57,14	6	42,86	14	100
TE	11	78,57	0	0	3	21,43	14	100	3	21,4	4	28,6	7	50	14	100

LEYENDA: R: Riesgoso; M: Moderado; NOR: No Riesgoso

1.2.1. Análisis Porcentual del Área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.) discriminada por categorías antes y después de la aplicación del PAP.

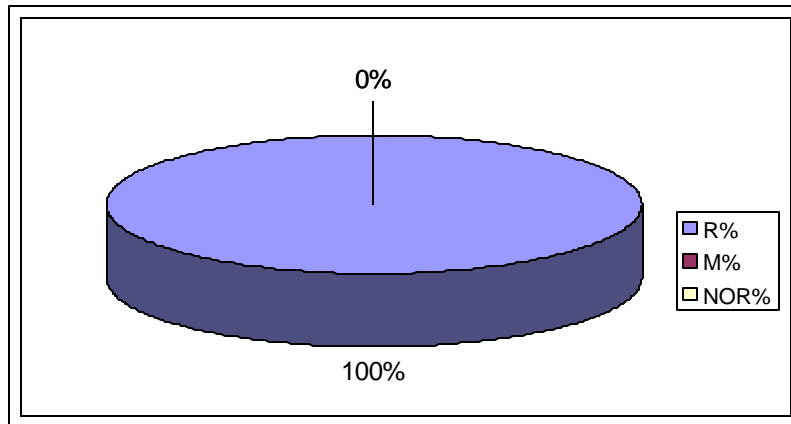
Tabla N° 9
Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por
Categorías en el área de Estímulos Ambientales Estresantes
Antes y Después de la Aplicación del PAP

Á/C	ANTES								DESPUÉS							
	R	%	M	%	NOR	%	TN	%	R	%	M	%	NOR	%	TN	%
EAE	14	100	0	0	0	0	14	100	4	28,6	5	35,71	5	35,71	14	100

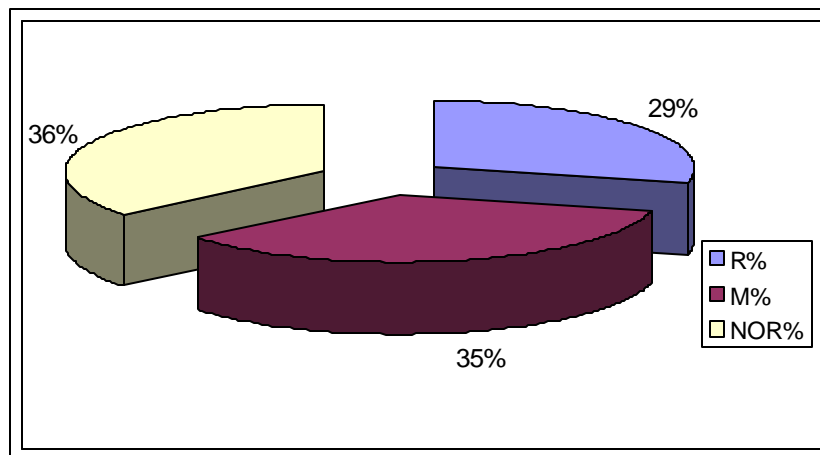
La **Tabla N°9** muestra la distribución en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) de los catorce pacientes en el área de E.A.E. antes y después de la aplicación del programa; esta tabla se ilustra mejor a través de los siguientes gráficos.

Gráfico N°1

Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Estímulos Ambientales Estresantes Antes de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico

**Gráfico N°2**

Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Estímulos Ambientales Estresantes Después de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico



De acuerdo a los resultados se puede observar en el **Gráfico N° 1** que el porcentaje de pacientes en la categoría Riesgoso (**R**) en el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.) es equivalente al 100% antes de la aplicación del P.A.P., es decir, que los catorce pacientes de la muestra no conocían y no ejecutaban ejercicios de relajación, concentración, respiración y visualización.

En el **Gráfico N° 2** se observa en el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.), como disminuyó la categoría de Riesgoso (**R**) de 100% a 29% después de aplicado el P.A.P., es decir, que de los 14 pacientes sólo cuatro permanecieron en la misma categoría, aumentando significativamente la categoría de No Riesgoso (**NOR**) de 0% a 36% y la categoría Moderado (**M**) de 0% a 35%, es decir, que de los 14 pacientes diez pacientes se distribuyeron equitativamente en la categoría **M.** y **NOR**

1.2.2. Análisis Porcentual del Área de Hábitos Comportamentales (H.C.) discriminada por categorías antes y después de la aplicación del PAP.

Tabla N° 10
Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por
Categorías en el área de Hábitos Comportamentales
Antes y Después de la Aplicación del PAP

Á/C	ANTES								DESPUÉS							
	R	%	M	%	NOR	%	TN	%	R	%	M	%	NOR	%	TN	%
HC	5	35,7	6	42,86	3	21,43	14	100	0	0	8	57,14	6	42,86	14	100

La **Tabla N°10** muestra la distribución en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) de los catorce pacientes en el área de H.C. antes y después de la aplicación del programa; esta tabla se ilustra mejor a través de los siguientes gráficos.

Gráfico N°3

Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Hábitos Comportamentales Antes de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico

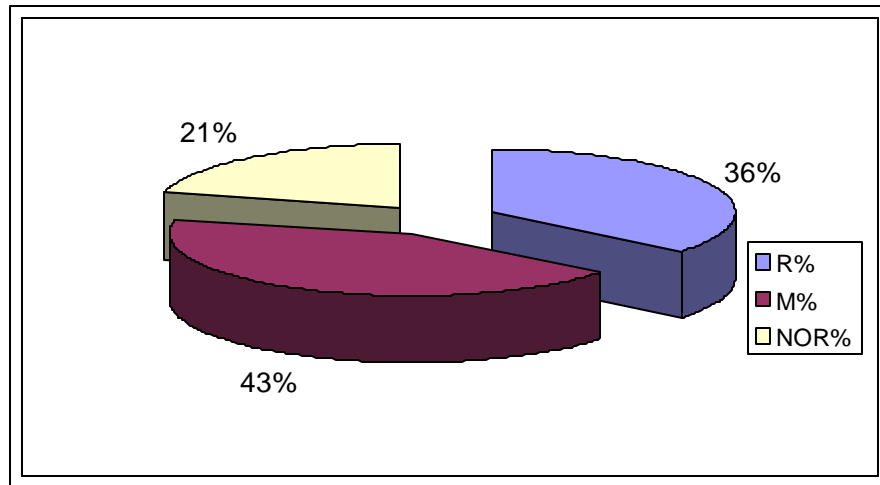
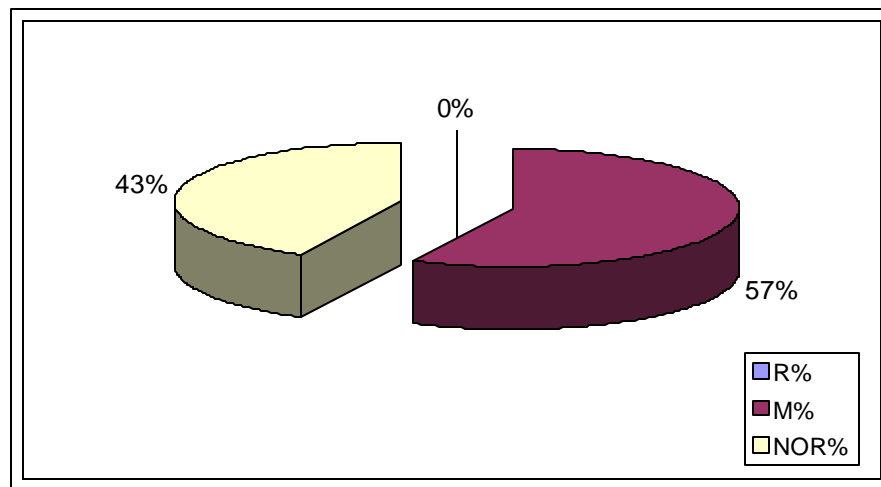


Gráfico N°4

Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de Hábitos Comportamentales Después de la Aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico



En el **Gráfico 3** concerniente a los Hábitos Comportamentales (**H.C.**) antes de la aplicación del P.A.P., se observó que un 36% de los pacientes se encontraban en la categoría **Riesgoso**, mientras que un 21% estaba en la categoría **NO Riesgoso** y un 43% en la categoría **Moderado**, es decir, que de 14 pacientes antes de la aplicación, cinco pertenecían a la categoría **R**, estos cinco ingerían alimentos no beneficiosos para su salud cardíaca, no realizaban ejercicio físico y probablemente consumían alcohol y cigarrillos, seis estaban ubicados en la categoría **M** y tres en la categoría **NOR**

En la **Gráfico 4** se observó el cambio porcentual luego de aplicado el P.A.P. en la misma área, la categoría **R** disminuyó a 0%, la categoría **M** aumentó a un 57% y la categoría **NOR** permaneció igual en un 43%.

1.2.3. Análisis Porcentual del Área de los Trastornos Emocionales (T.E.) discriminada por categorías antes y después de la aplicación del PAP.

Tabla N° 11
Cantidad y Porcentajes de Pacientes Discriminados por
Categorías en el área de los Trastornos Emocionales
Antes y Después de la Aplicación del PAP

Á/C	ANTES								DESPUÉS							
	R	%	M	%	NOR	%	TN	%	R	%	M	%	NOR	%	TN	%
TE	11	78.57	0	0	3	21.43	14	100	3	21.4	4	28.6	7	50	14	100

La **Tabla N°11** muestra la distribución en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) de los catorce pacientes en el área de los T.E.. antes y después de la aplicación del programa; esta tabla se ilustra mejor a través de los siguientes gráficos.

Gráfico N°5

*Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de
Los Trastornos Emocionales Antes de la
Aplicación del PAP*

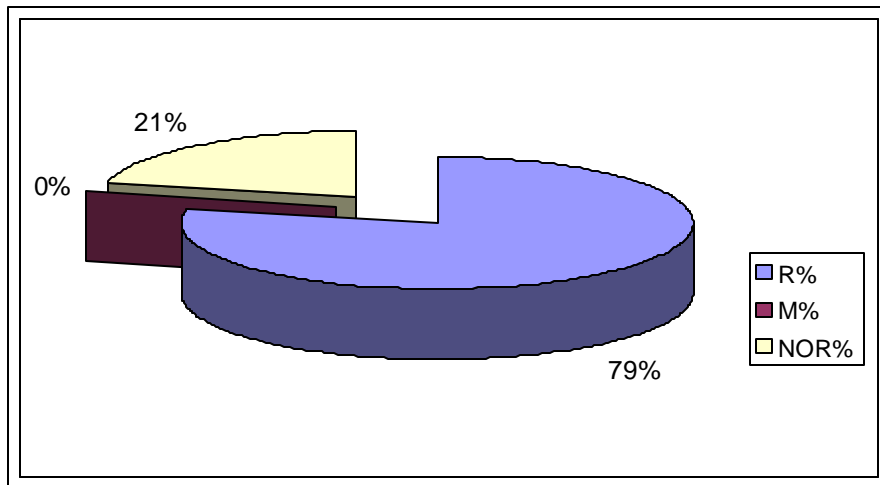
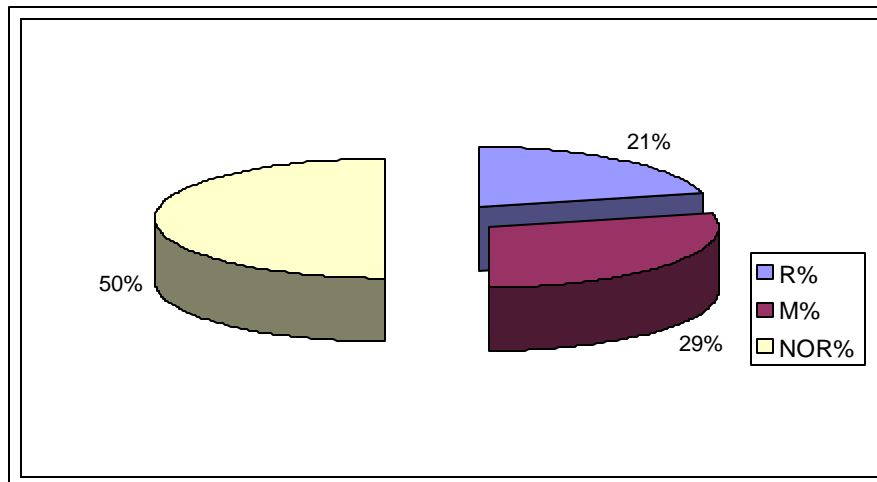


Gráfico N°6

*Porcentajes de Pacientes Evaluados en el Área de
Los Trastornos Emocionales Después de la
Aplicación del PAP*



En el **Gráfico 5** se observa la ubicación porcentual de pacientes en las categorías del área de Trastornos Emocionales (**T.E.**) antes de la aplicación del P.A.P., situándose un 21% en la categoría **NOR**, un 79% en la categoría **R** y un 0% en la categoría **M**. Luego de aplicado el P.A.P., en el **Gráfico 6** se observa que la categoría **NOR** aumentó a 50 %, la categoría **M** aumentó a 29% y la categoría **R** disminuyó a 21%.

Análisis General del Apartado

En el área de Estímulos Ambientales Estresantes (E.A.E.), es en donde se produjeron cambios significativos según la prueba de Wilcoxon, y porcentualmente se pudo observar como disminuyó la categoría Riesgoso (**R**) y aumentaron las categorías Moderado (**M**) y No Riesgoso (**NOR**) después de la aplicación del PAP. Ahora bien, que quieren decir estas categorías, que el 29% de la población estudiada no poseían destrezas para combatir los Estímulos Ambientales Estresantes (y por tanto se ubicaban en la categoría **Riesgoso**). Mientras que un 35% poseían destrezas **Moderadas** y un 36% poseían destrezas destinadas a reducir los E.A.E. ubicándose en la categoría **NO Riesgosas**

Para el área de Hábitos Comportamentales (H.C.) no hubo cambios significativos según la prueba de Wilcoxon, probablemente porque la mayoría de los pacientes habían padecido de más de un infarto, sin embargo, porcentualmente puede observarse los cambios favorables en los pacientes después de la aplicación del programa, tanto que la categoría **R** disminuyó a 0%, mientras que **M** aumentó a 57% y la categoría **NOR** aumentó a un 43%; qué significan estos porcentajes, que un 0% de los pacientes estudiados, es decir ningún paciente poseía Hábitos Comportamentales (**H.C.**) **Riesgosos** que pudieran significar la aparición de algún evento cardíaco, mientras que un 57% de los pacientes estudiados poseían **H.C's. Moderados** (la gran mayoría, no ejecutaban ejercicio físico, pues generalmente los pacientes luego de haberse sometido a procedimientos de angioplastía deben guardar un mes de reposo, según sea el caso) y un 43% de los pacientes no poseían **H.C.** que significaran algún riesgo de padecer un nuevo evento cardíaco, ubicándose en la categoría **NO Riesgoso**.

De acuerdo a la prueba de Wilcoxon en el área de TE no hubo cambios significativos, pues como ya se indicó anteriormente, el programa no trataba a fondo esta área por lo reducido del tiempo en que se llevó a cabo la investigación, sin embargo porcentualmente se pueden observar los cambios después de la aplicación del Programa de Asesoramiento Psicológico (PAP). La categoría **NOR** aumentó a un 50%, es decir que este porcentaje de pacientes estudiados no poseían Trastornos Emocionales que pudieran significar el desarrollo de algún evento cardíaco según las respuestas a los ítems del Cuestionario. Sin embargo esta área requiere de un tratamiento más profundo y de corte psicoterapéutico, ésta era una necesidad

demandada por los propios pacientes (este apartado será discutido más adelante). Por otra parte, los datos reflejan que el 29% de los pacientes estudiados poseían Trastornos Emocionales Moderados y el 21% poseían Trastornos Emocionales que pudieran significar el desarrollo de algún evento cardíaco ubicándose en la categoría **R**.

1.3. Análisis Cronológico de los Factores Psicológicos Predisponentes a la Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) discriminados por Categorías durante tres semanas

Este apartado describe como fue la distribución de pacientes por categorías durante tres semanas en las distintas áreas de los F.P.P.E.C.V., las categorías son producto de la evaluación del Cuestionario Estilo de Vida Sano Versión Semanal, los puntajes en el cuestionario fueron divididos en tres grandes rangos los cuales fueron categorizados (de acuerdo a los resultados obtenidos en las puntuaciones) de la siguiente manera: puntajes bajos: **Riesgoso (R)**, puntajes medianos **Moderado (M)** y puntajes altos **No Riesgoso (NOR)**.

La **Tabla N° 12** discrimina la cantidad de pacientes que habían en cada categoría (**R, M., NOR**) de las áreas (**E.A.E., H.C., T.E.**) evaluadas en un período de tres semanas después de la aplicación del P.A.P.

Tabla N° 12
*Cantidad de Pacientes Discriminados por Categorías y Áreas
del Cuestionario de Estilo de Vida Sano Versión Semanal
al Cabo de Tres Semanas*

ÁREA	SEM 1				SEM 2				SEM 3			
	R	M	NOR	N	R	M	NOR	N	R	M	NOR	N
EAE	9	4	1	14	6	5	3	14	5	5	4	14
HC	2	3	9	14	2	3	9	14	2	2	10	14
TE	6		8	14	6		8	14	5		9	14

1.3.1. Análisis Cronológico de la Categoría Riesgoso de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) durante Tres Semanas.

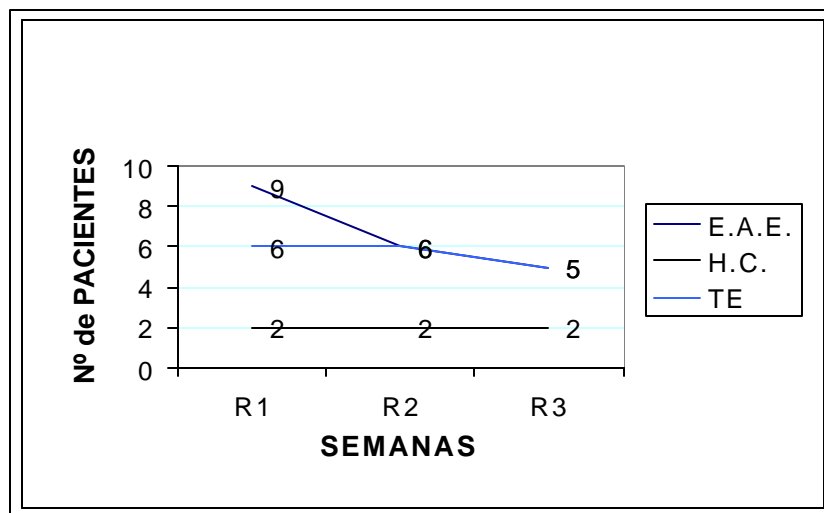
La **Tabla 13** muestra como se comportó la distribución de los catorce pacientes en la categoría **R** durante tres semanas en las áreas de los F.P.P.E.C.V.

Tabla N° 13
Distribución de Pacientes en la Categoría Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas

ÁREA	R	R	R
EAE	9	6	5
HC	2	2	2
TE	6	6	5

El comportamiento de la distribución de pacientes en la categoría **Riesgoso** de las distintas áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares puede apreciarse mejor en la siguiente gráfica

Gráfico N° 7
Comportamiento de la Distribución de Pacientes en la Categoría Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V. al Cabo de Tres Semanas



El **Gráfico N° 7** muestra el comportamiento de la distribución de pacientes en la categoría Riesgoso (**R**), la primera semana en el área de E.A.E. habían nueve pacientes, para la segunda semana el número de pacientes descendió a seis, para culminar en la tercera semana antes de la aplicación del post-test en un número de cinco pacientes. Es decir, el número de pacientes se redujo de nueve a seis en el transcurso de tres semanas. Para los T.E. las dos primeras semanas el número de pacientes se mantuvo en seis, para luego decaer en la tercera semana a cinco. En cambio para los H.C. se mantuvo en dos el número de pacientes durante las tres semanas.

1.3.2. Análisis Cronológico de la Categoría Moderado de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) durante Tres Semanas.

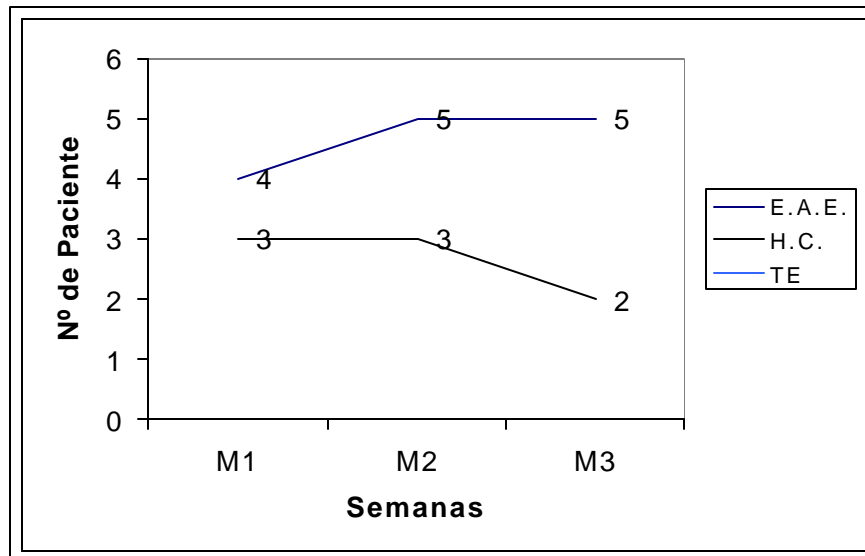
La **Tabla 14** muestra como se comportó la distribución de los catorce pacientes en la categoría **M** durante tres semanas en las áreas de los F.P.P.E.C.V.

Tabla N° 14
*Distribución de Pacientes en la Categoría Moderado
de las Áreas de los F.P.P.E.C.V.
al Cabo de Tres Semanas*

ÁREA	M	M.	M
EAE	4	5	5
HC	3	3	2
TE			

El comportamiento de la distribución de pacientes en la categoría **Moderado** de las distintas áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares puede apreciarse mejor en la siguiente gráfica

Gráfico N° 8
Comportamiento de la Distribución de Pacientes
en la Categoría Moderado de las Áreas de los F.P.P.E.C.V.
al Cabo de Tres Semanas



El **Gráfico N° 8** muestra como fue el comportamiento en la categoría Moderado (**M**) en las tres áreas; en lo que se refiere a los E.A.E. el número de pacientes para la primera semana era de cuatro, en la segunda semana aumentó a cinco y se mantuvo así hasta la tercera semana. En cuanto a los H.C. las dos primeras semanas el número de pacientes era de tres, para disminuir en la última semana a dos. Los T.E. no fueron medidos en esta categoría semanalmente.

1.3.3. Análisis Cronológico de la Categoría No Riesgoso de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) durante Tres Semanas.

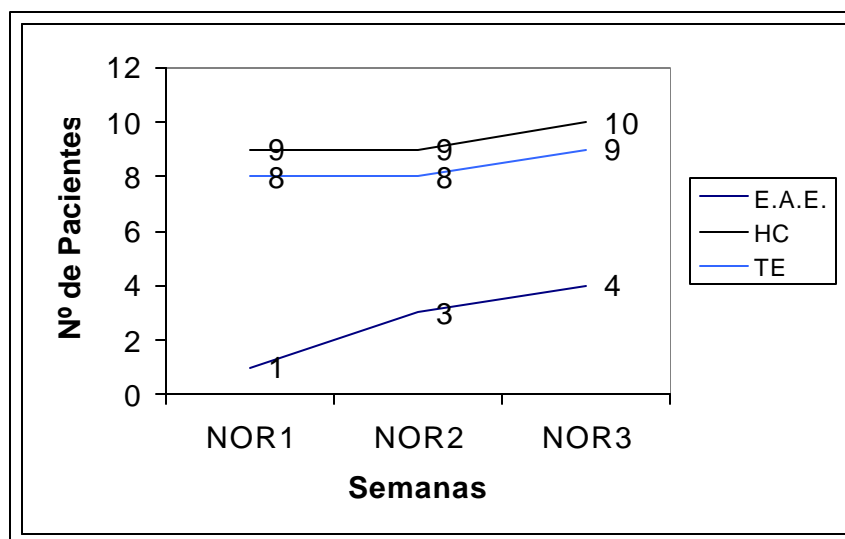
La **Tabla 15** muestra como se comportó la distribución de los catorce pacientes en la categoría **NOR** durante tres semanas en las áreas de los F.P.P.E.C.V.

Tabla N° 15
Distribución de Pacientes en la Categoría No Riesgoso
de las Áreas de los F.P.P.E.C.V.
al Cabo de Tres Semanas

ÁREA	NOR	NOR	NOR
EAE	1	3	4
HC	9	9	10
TE	8	8	9

El comportamiento de la distribución de pacientes en la categoría **No Riesgoso** de las distintas áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares puede apreciarse mejor en la siguiente gráfica

Gráfico N° 9
Comportamiento de la Distribución de Pacientes
en la Categoría No Riesgoso de las Áreas de los F.P.P.E.C.V.
al Cabo de Tres Semanas



El **Gráfico N° 9** muestra el comportamiento en la categoría No Riesgoso (**NOR**). En el área de E.A.E. se ve como en la primera semana había un paciente en la categoría, en la segunda semana a este paciente se le sumaron dos más; en la última semana el total de pacientes fue de cuatro. Para los H.C. el número de pacientes para las dos primeras semanas era de nueve, para luego sufrir un aumento de un paciente, dando un total de diez pacientes

para la tercera semana. Un comportamiento similar tuvieron los T.E., en las dos primeras semanas habían ocho pacientes y en la última el número se incrementó a nueve.

Análisis General del Apartado

A través del seguimiento que se les realizó a los pacientes durante tres semanas se pudo observar como cambió la distribución de pacientes en las distintas categorías que se presentan a continuación:

Riesgoso: durante las tres semanas de seguimiento, disminuyó la cantidad de pacientes en la categoría de **Riesgo** en dos de las áreas de los F.P.P.E.C.V. y permaneció igual en una. Los pacientes disminuyeron en cantidad durante las tres semanas de seguimiento en las áreas de **E.A.E.** (es decir disminuyeron los pacientes que no poseían destrezas para combatir los E.A.E. que pudieran desarrollar alguna enfermedad cardíaca) y en el área de **T.E.**, siendo más dramática la caída en el número de pacientes en el área de **E.A.E.** y permaneciendo igual en cantidad de pacientes el área de **H.C.** (cantidad de pacientes que tenían hábitos de comportamiento con riesgo a desarrollar algún evento cardíaco) que pudieran desarrollar alguna enfermedad cardíaca.

Moderado: en tres semanas de seguimiento se pudo observar que la cantidad de pacientes con moderadas destrezas para combatir los **E.A.E.** sufrió un ascenso de pacientes de la primera a la segunda semana, para permanecer igual durante la tercera. Mientras que el número de pacientes que poseían **H.C.** moderados sufrió un descenso de la segunda a la tercera semana luego de haber permanecido igual durante las dos primeras. El instrumento de medición semanal no medía la categoría moderada en **T.E.**

No Riesgoso: durante las tres semanas del seguimiento que se le efectuó a los pacientes, el número de pacientes se incrementó en todas sus áreas, es decir, que el número de pacientes con destrezas para combatir los Estímulos Ambientales Estresantes, con Hábitos Comportamentales beneficiosos aumentó de la segunda a la tercera semana luego de haber permanecido igual durante las dos primeras, mientras que los pacientes sin Trastornos Emocionales que puedan degenerar en el desarrollo de una enfermedad cardíaca aumentó semana tras semana.

1.4. Análisis Porcentual de los Factores Medidos por El JAS Discriminadas por Categorías

Este apartado describe como fue la distribución de pacientes por categorías en las distintas áreas del JAS. (**PCTA, S, J y H**), las categorías son producto de la evaluación de los puntajes, ellos fueron divididos en tres grandes rangos los cuales fueron categorizados de la siguiente manera: percentiles altos **Riesgoso (R)**, percentiles cercanos a la media **Moderado (M)** y percentiles bajos **No Riesgoso (NOR)**.

La **Tabla N° 16** discrimina la cantidad y el porcentaje de pacientes que habían en cada categoría de las áreas evaluadas por el JAS.

Tabla N°16
Cantidad y Porcentajes de Pacientes Categorizados en el JAS

	R	%	M.	%	NOR	%	ANULADOS	%	TN	%
PCTA	7	50	4	28,57	2	14,3	1	7,14	14	100
S	5	35,71	5	35,71	3	21,43	1	7,14	14	100
J	3	21,43	6	42,86	2	14,29	3	21,43	14	100
H	7	50	4	28,57	2	14,29	1	7,14	14	100

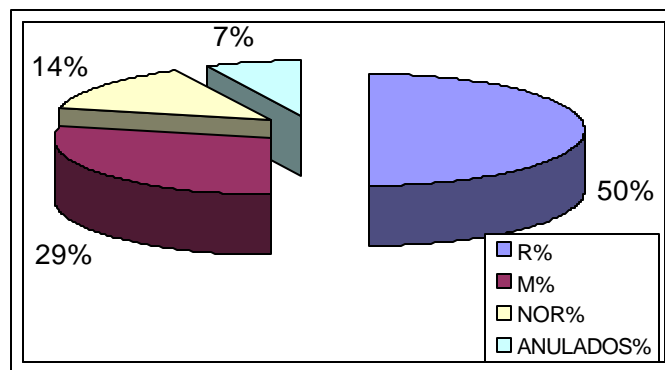
1.4.1. Análisis Porcentual del Patrón de Conducta Tipo A del JAS Discriminadas por Categorías

La **Tabla N° 17** discrimina la distribución de pacientes en cantidad y porcentaje ubicados en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) en el área de PCTA, esta tabla se ilustra mejor a través del gráfico que se encuentra a continuación de la tabla.

Tabla N°17
Cantidad y Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el área de PCTA

	R	%	M.	%	NOR	%	ANULADOS	%	TN	%
PCTA	7	50	4	28,57	2	14,3	1	7,14	14	100

Gráfico N°10
Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el área de PCTA



En el **Gráfico 10** se muestra como se distribuyeron los pacientes en el área de PCTA en las diferentes categorías; el porcentaje de pacientes anulados fue de un 7% del total de pacientes, mientras que los **NOR** fue de un 14% del total de pacientes, para la categoría **M.** estuvo había un 29% del total de pacientes; por último la categoría **R** representa la mitad del total de pacientes estudiados.

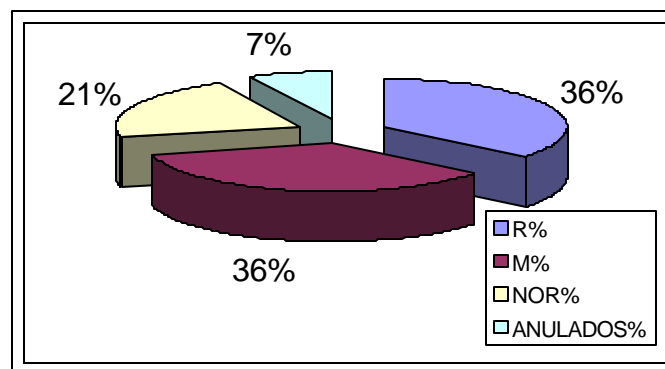
1.4.2. Análisis Porcentual del Factor Prisa e Impaciencia (S) del JAS Discriminado por Categorías

La **Tabla N° 18** discrimina la distribución de pacientes en cantidad y porcentaje ubicados en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) del factor S, esta tabla se ilustra mejor a través del gráfico que se encuentra a continuación de la tabla.

Tabla N°18
Cantidad y Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor S
del JAS

	R	%	M.	%	NOR	%	ANULADOS	%	TN	%
S	5	35,71	5	35,71	3	21,43	1	7,14	14	100

Gráfico N°11
Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor S



El **Gráfico N° 11** muestra como fue la distribución de los pacientes en el factor Prisa e Impaciencia (**S**) en las distintas categorías. Se observa que un 7% del total de los pacientes se les anuló la prueba, mientras que en un 21% se ubicaban en la categoría **NOR**, en la categoría **M.** estuvo representada por un 36% del total de pacientes estudiados. Mientras que en la categoría **R** habían un 36% del total de los pacientes.

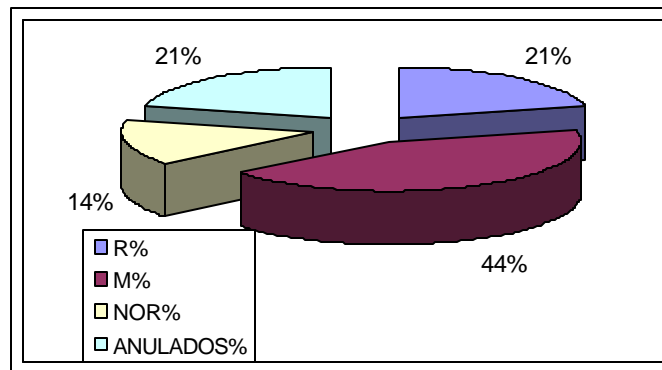
1.4.3. Análisis Porcentual del Factor Envolvimiento en el trabajo (J) del JAS Discriminado por Categorías

La **Tabla N° 19** discrimina la distribución de pacientes en cantidad y porcentaje ubicados en las distintas categorías (**Riesgoso, Moderado y No Riesgoso**) del factor J, esta tabla se ilustra mejor a través del gráfico que se encuentra a continuación de la tabla.

Tabla N°19
Cantidad y Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor J
del JAS

	R	%	M.	%	NOR	%	ANULADOS	%	TN	%
J	3	21,43	6	42,86	2	14,29	3	21,43	14	100

Gráfico N°12
Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor J



En el **Gráfico N° 12** se observa como fue la distribución en las distintas categorías para el factor Implicación o Envolvimiento en el Trabajo (**J**). En la categoría **NOR** había un 14% del total de pacientes estudiados. En la categoría **M.** había un 44% del total de pacientes estudiados. En la categoría **R** había un 21% del total de los pacientes estudiados. El mismo porcentaje estuvo representado por los pacientes a quienes se les anuló la prueba.

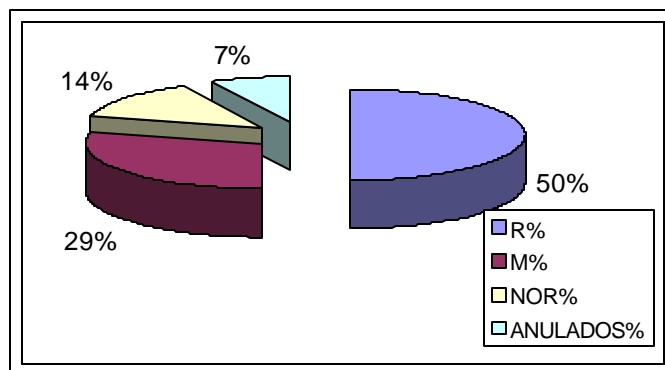
1.4.4. Análisis Porcentual del Factor Comportamiento Duro y Competitivo (H) del JAS Discriminado por Categorías

La **Tabla N° 20** discrimina la distribución de pacientes en cantidad y porcentaje ubicados en las distintas categorías (**Riesgoso**, **Moderado** y **No Riesgoso**) del factor H, esta tabla se ilustra mejor a través del gráfico que se encuentra a continuación de la tabla.

Tabla N°20
Cantidad y Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor H
del JAS

	R	%	M.	%	NOR	%	ANULADOS	%	TN	%
H	7	50	4	28,57	2	14,29	1	7,14	14	100

Gráfico N°13
Porcentajes de Pacientes
Categorizados en el factor H



El **Gráfico N° 13** muestra la distribución porcentual del factor comportamiento duro y competitivo (**H**) en las distintas categorías. Se vio un 7% del total de los pacientes a quienes se les anuló la prueba. Un 14% del total de los pacientes se ubicaron en la categoría **NOR**. En la categoría **M**. hubo un 29% del total de los pacientes estudiados, mientras que el 50% de los pacientes estudiados estuvo ubicado en la categoría **R**.

Análisis General del Apartado

En la **Gráfica N° 10** muestra como se distribuyeron los pacientes en el área de PCTA en las diferentes categorías; el porcentaje de pacientes anulados fue de un 7% del total, mientras que los **NOR** fue de un 14% del total, es decir que en ese porcentaje no existe posible riesgo asociado con el **PCTA**, pues obtuvieron puntuaciones muy bajas, para la categoría **M**. la cual estuvo representada por un 29% del total de pacientes, esto indica a grandes rasgos unas puntuaciones cercanas al percentil 50 de la prueba, interpretándose como que el **PCTA** existe en este porcentaje de la muestra pero no es determinante en la cardiopatía isquémica ó puede estar asociada a otro de los factores (ya sean psicológicos u orgánicos); por último la categoría **R** representa la mitad del total de pacientes estudiados, esto quiere decir que el 50% de los pacientes presentaban unas puntuaciones en **PCTA** altas, dichas puntuaciones tienden a subir el riesgo de trastorno coronario comparado con otros factores de riesgo, como esta prueba fue aplicada después del evento cardíaco, probablemente este factor degeneró en una cardiopatía isquémica junto con otros factores psicológicos u orgánicos.

La **Gráfica N° 11** referente a la distribución de los pacientes en el factor Prisa e Impaciencia (**S**) en las distintas categorías, se observó que un 7% del total de los pacientes se les anuló la prueba, mientras que en un 21% del total de los pacientes las puntuaciones estaban por debajo del percentil 50 y por tanto en la categoría **NOR**, es decir que este factor no estaba relacionado con que estos pacientes desarrollaran la enfermedad cardiovascular. Ahora bien la categoría **M**. representada por un 36% del total de pacientes estudiados, indica que las puntuaciones **S** estaban cercanas al percentil 50, indicando así la existencia de este factor de riesgo en los pacientes, pero no eran determinantes en la enfermedad coronaria o estaba relacionado con otro de los factores psicológicos u orgánicos. Mientras que en la categoría **R** había un 36% del total de los pacientes, es decir, que probablemente el factor Prisa e Impaciencia en este porcentaje de pacientes fue determinante en el desarrollo de la enfermedad cardíaca junto con otros factores psicológicos u orgánicos, pues puntuaciones altas indican grandes probabilidades de desarrollar algún trastorno coronario.

En la **Gráfica N° 12** referente a la distribución en las distintas categorías del factor Implicación o Envolvimiento en el Trabajo (**J**), en la categoría **NOR** había un 14% del total de pacientes estudiados, es decir que las puntuaciones obtenidas por este porcentaje de pacientes en el factor J del JAS estaban por debajo del percentil 50, es decir, que este factor no influyó en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. En la categoría **M**. había un 44% del total de pacientes estudiados, es decir que las puntuaciones obtenidas en el factor J estaban cercanas al percentil 50 del JAS, por tanto, existía la presencia de este factor pero no era determinante en el desarrollo de la enfermedad o estaba asociado a otro factor de riesgo para el desarrollo de la

enfermedad cardiovascular. En la categoría **R** había un 21% del total de los pacientes estudiados, donde el factor Implicación o Envolvimiento en el trabajo era determinante para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular junto con otros factores psicológicos u orgánicos.

La **Gráfica N° 13** muestra la distribución porcentual del factor comportamiento Duro y Competitivo (**H**) en las distintas categorías. Se vio que un 7% del total de los pacientes se les anuló la prueba. Un 14% del total de los pacientes se ubicaron en la categoría **NOR**, es decir que las puntuaciones de este porcentaje de pacientes estaban por debajo del percentil 50 del JAS y el factor **H** no influyó en el desarrollo de la enfermedad. En la categoría **M**. hubo un 29% del total de los pacientes estudiados, es decir que las puntuaciones estuvieron ubicadas cerca del percentil 50 del JAS, por tanto existía la presencia de este factor en el desarrollo de la enfermedad de ese porcentaje de pacientes, pero no era determinante o estaba asociada con otro factor de riesgo psicológico u orgánico. El 50% de los pacientes estudiados estuvo ubicado en la categoría **R**, es decir que las puntuaciones estuvieron por encima del percentil 50 del JAS, influyendo el factor H de forma determinante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular junto con otros factores psicológicos u orgánicos.

1.5. Análisis Correlacional entre variables

Este apartado se centrará en el análisis de las correlaciones de distintas variables, dichas variables son las áreas de los **F.P.P.E.C.V.** en las cuales se observara la R_{xy} obtenidas entre ellas y las variables **Herencia**, **Nivel de Instrucción** y **Eventos Cardíacos Anteriores** con los **F.P.P.E.C.V.**

1.5.1. Análisis Correlacional entre las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares

Para el cálculo de las correlaciones entre las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares, se usó el Coeficiente de Correlación por rangos Ordenados de Spearman (Glass y Stanley, 1980).

Tabla N°21
Correlación entre las áreas de los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares

	HC	PCTA	TE
EAE	0,174	0,302	0,396
TE	0,158	-0,077	
HE		0,044	

Como se puede observar en la **Tabla N° 21** la correlación entre Estímulos Ambientales Estresantes (**E.A.E.**) y Hábitos Comportamentales (**H.C.**) es de una R_{xy} 0,174; mientras que entre Trastornos Emocionales (**TE**) y **E.A.E.** es de R_{xy} 0,396, cabe destacar que es la más alta seguida de la de Patrón de Conducta Tipo A (**PCTA**) con **E.A.E.** dando una R_{xy} 0,302. Por otro lado la correlación entre **T.E.** y **H.C.** es de R_{xy} 0,158, mientras que la R_{xy} de **HC** y **PCTA** es de 0,044 y la R_{xy} de **PCTA** con **TE** es negativa, pues es de $-0,077$. Los datos serán analizados más adelante.

1.5.2. Análisis Correlacional entre los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares (F.P.P.E.C.V.) y las variables Herencia, Nivel de Instrucción y Eventos Cardíacos Anteriores

Para el cálculo de la correlación entre los F.P.P.E.C.V. y las variables **Nivel de Instrucción**, **Eventos Cardíacos Anteriores** y **Herencia** se usó el Coeficiente de Correlación Biserial- Puntual (Glass y Stanley, 1980).

Tabla N° 22
*Correlación entre Herencia,
Nivel de Instrucción y Eventos
Cardíacos Anteriores con respecto a
Los F.P.P.E.C.V.*

	EAE	HC	TE	PCTA
Herencia	0,06	0,384	-0,009	0,06
Nivel de Instrucción	0,197	0,183	0,04	-0,12
Eventos Cardíacos Anteriores	0,101	0,739	-0,337	-0,114

En la **Tabla 21** la correlación de **Herencia** y **E.A.E.** es de una R_{xy} de 0,06, mientras que la R_{xy} de **Herencia** y **HC** es de 0,384, la de **Herencia** y **TE** es de -0,009 y la de **Herencia** con **PCTA** es de 0,06. Por otro lado la R_{xy} de **Nivel de Instrucción** con **EAE**, **HC**, **TE** y **PCTA** es de 0,197; 0,183; 0,04 y -0,12 respectivamente. La R_{xy} de **Eventos Cardíacos Anteriores** con los **E.A.E.**, **HC**, **T.E.** y **PCTA** fue de 0,101; 0,739; -0,337 y -0,114 respectivamente.

Análisis General del Apartado

Tal como se aprecia en la **Tabla 20** a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, se encontró una correlación positiva entre la variable Estímulos Ambientales Estresantes (**E.A.E.**) y Hábitos Comportamentales, aunque es un poco baja (R_{xy} 0,174), podría ser entonces que los **H.C.** podrían influir en las destrezas para combatir los **E.A.E.** o viceversa. Mientras que las correlaciones más altas estuvieron dadas por las variables **E.A.E** y Patrón de Conducta Tipo A (**PCTA**) arrojando una R_{xy} de 0,302 y **E.A.E.** con Trastornos Emocionales (**T.E.**) arrojando una R_{xy} de 0,396., es decir que los **T.E.** y el **PCTA** podrían influir en las destrezas para combatir los **E.A.E.** La correlación más baja se encuentra entre los **T.E.** y bs

H.C., mientras que no existe correlación alguna entre **PCTA** con **T.E.** (**Rxy** de $-0,077$) y una exageradamente baja con los **H.C.** (**Rxy** de $0,044$).

De acuerdo a estos resultados se puede ver que la variable **Herencia** correlaciona muy bajo con **E.A.E** y **PCTA** (**Rxy** de $0,06$ para ambas correlaciones), es decir que al parecer la variable **Herencia** no influye aparentemente sobre los **E.A.E.** al igual que con el **PCTA** y mucho menos **T.E.** (ya que la **Rxy** fue de $-0,009$), mientras que si hay cierto grado de correlación entre **Herencia** y **H.C.**, es decir, que en estas personas puede estar implícito la adquisición de Hábitos Comportamentales no beneficiosos para su salud cardíaca a lo largo de toda su vida, pues en un $78,57\%$ de los pacientes estudiados alguno de sus progenitores (padre o madre) había sufrido o muerto a causa de algún evento cardíaco, que quiere decir esto, que puede que estas personas hayan aprendido ciertos patrones de comportamientos relacionados con alimentación, hábitos tabáquicos, alcohólicos y de sedentarismo relacionados con la enfermedad en el transcurso de su vida.

En cuanto a las correlaciones obtenidas en **Nivel de Instrucción** y los Factores Psicológicos Predisponentes a las Enfermedades Cardiovasculares se encontró que existe cierta influencia (aunque muy baja pues se obtuvo una **Rxy** con **E.A.E.** de $0,197$ y con **H.C.** una **Rxy** de $0,183$) con que los pacientes hayan adquirido destrezas para combatir los **E.A.E.** y conozcan y entiendan cuales son los **H.C.** beneficiosos para su salud cardíaca. Mientras que se obtuvo una correlación extremadamente baja con **T.E.** (**Rxy** de $0,04$) y una negativa con **PCTA** (**Rxy** de $-0,12$)

Para la variable **Evento Cardíaco Anterior** se observó que correlacionó negativamente con Trastornos Emocionales y Patrón de Conducta Tipo A, esto no es de extrañar pues de acuerdo a la teoría estas personas están descontactadas con su enfermedad, con sus sentimientos y en ocasiones hasta con el entorno en el que se encuentran (de hecho mucho de los pacientes estudiados se incorporaron al trabajo inmediatamente después de salir del hospital), que quiere decir esto, que el cardiópata es una persona que vive en función de lo externo (el trabajo, el dinero, la competencia, la perfección ante los ojos de los demás), descuidando su propia persona, sus propias necesidades y le es muy difícil entender que existen ciertos patrones emocionales y de personalidad que ayudan a desarrollar la enfermedad cardiovascular, esto se evidencia en las correlaciones obtenidas en **T.E.** y **PCTA** con **Evento Cardíaco Anterior** (**Rxy** de $-0,337$ y de $-0,114$ respectivamente). Por otro lado, existió cierta correlación, aunque muy baja (**Rxy** de $0,101$) entre esta variable y la adquisición de destrezas para combatir los **E.A.E.**, es decir, puede que exista cierta relación entre estas variables. Ahora bien la correlación más alta obtenida fue entre los **Eventos Cardíacos Anteriores** con **Hábitos Comportamentales** (**Rxy** $0,739$), es decir, que eventos cardíacos anteriores pueden

influir en Hábitos Comportamentales beneficiosos, de hecho los cambios no fueron significativos en esa área pues gran parte de la muestra los conocían y muchos ejecutaban ciertos comportamientos beneficiosos para su salud cardíaca.

1.6. Análisis Cualitativo del Programa de Asesoramiento Psicológico

La planificación, aplicación y evaluación de un Programa de Asesoramiento Psicológico destinado a minimizar los Factores Psicológicos Predisponentes a las enfermedades cardíacas se llevaron a cabo en su totalidad. Esto indica que fueron alcanzados los objetivos planeados en la presente investigación. De los resultados obtenidos a nivel cuantitativo se dedujo la efectividad del PAP y por tanto el cumplimiento de los objetivos específicos planificados previamente.

El programa se llevó a cabo durante cuatro meses, desde finales de Enero hasta finales de Abril del año en curso, a 14 pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que ingresaron al Hospital de Clínicas Caracas. Los pacientes fueron intervenidos por los Doctores Humberto Casal, Francisco Tortoledo, Enrique Fermín, José Ignacio Pulido y José Robinson Vásquez. Asimismo todos los pacientes cumplieron con los criterios de selección expuestos en secciones anteriores.

El programa fue diseñado para una intervención de tipo individualizada, dadas las características de la muestra y el contexto clínico seleccionado en la investigación, por lo que tuvo la facultad de ser flexible (en la ejecución de sus actividades y en el tiempo que requiere cada una de ellas, ya que estaban sujetas a las necesidades de cada uno de los pacientes y a las condiciones en que se encontraban).

A continuación se procederá a analizar sesión por sesión:

1.6.1. Análisis Cualitativo de la sesión número 1 Contacto Inicial con el Paciente

Establecer la relación de confianza con los pacientes fue una tarea difícil, pues este programa presentaba la peculiaridad de que el paciente decidía si ingresaba o no al programa, entonces, había que provocar en el paciente cierta simpatía a través de un trato humano y de aceptación, sólo tres personas rechazaron el ingreso al programa alegando que se sentían muy adoloridos, cosa que puede ser verdad debido a lo incómodo que puede resultar la intervención médica.

Ahora bien en términos de los objetivos específicos de la sesión se puede decir que se cumplieron exitosamente, pues de 17 pacientes candidatos a ingresar al programa, ingresaron catorce, es decir más de la mitad. Además se logró recolectar en estos catorce pacientes la información necesaria la cual se plasmó en las respuestas dadas a los ítems de la Entrevista Semi-estructurada.

Cabe destacar que la información suministrada (tanto en trípticos como verbal) acerca del programa motivaba a los familiares de los pacientes de forma positiva (entre otras cosas por lo llamativo de los trípticos), elemento que ayudó a ingresarlos al programa.

Análisis Cualitativo de la sesión número 2 Diagnóstico

Esta sesión no tuvo mayores complicaciones pues los catorce pacientes contestaron completamente a cada uno de los instrumentos utilizados en la sesión, destinados a diagnosticar posibles factores de riesgo psicológico predisponente al desarrollo de alguna enfermedad cardíaca. Las anulaciones que ocurrieron en algunos de los JAS suministrados no fueron porque el paciente no quisiera contestar la prueba, sino por factores de corrección propios de la misma.

En líneas generales los objetivos específicos de la sesión se cumplieron exitosamente.

1.6.3. Análisis Cualitativo de la sesión número 3 Intervención Psicológica I

Los objetivos específicos de esta sesión se cumplieron con una facilidad exagerada en once de los pacientes a quienes se les aplicó el programa, pues ya conocían acerca de los hábitos alimenticios saludables y de lo dañino que era el alcohol y el cigarrillo sobre su salud cardíaca, pues ya estos once pacientes eran reincidentes en la enfermedad cardíaca en gran parte por causa de Hábitos Comportamentales no beneficiosos, sólo un paciente de la muestra no conocía los efectos perjudiciales de una alimentación poco saludable y del alcohol y el cigarro sobre su salud cardíaca. Los otros dos si conocían pero era la primera vez que sufrían de algún evento cardíaco, esta información se vio reflejada en los resultados del Cuestionario Estilo de Vida Sano y la Entrevista Semi - Estructurada

1.6.4. Análisis Cualitativo de la sesión número 4 Intervención Psicológica II

La sesión número cuatro cumplió con los ocho objetivos específicos que se habían planeado anticipadamente, la charla informativa acerca del ejercicio físico, el modelaje de los ejercicios de respiraciones rítmicas y completas, la práctica de la relajación corporal, de la visualización y de la concentración fueron suministradas a los pacientes con éxito y estuvieron reforzadas con la entrega de trípticos informativos y didácticos (ver anexo N°6,7,8 y 9).

Por otro lado, los objetivos relacionados con el darse cuenta interior y exterior y los ejercicios de enfocar y concentrar pudieron realizarse exitosamente, pues los pacientes estaban muy abiertos a comentar las situaciones que le producían incomodidad y eran capaces de identificar sus sentimientos y sus emociones. En la mayoría de los pacientes existía cierta incomodidad con sus hijos y parejas, todos tenían como factor común problemas en las relaciones familiares, cosa que concuerda con la teoría, se observó también que las situaciones que le producían incomodidad estaban relacionadas con el trabajo, esto concuerda con los resultados obtenidos en el JAS, el 50% de los pacientes estudiados se le identificó un **PCTA** alto y cumplían con las características de dicho patrón de conducta en cuanto a:

Tendencias a experimentar diversos grados de ansiedad, irritabilidad y resentimiento, así como expresiones de desagrado, mal humor y crítica (esta información fue expresada por los familiares de los pacientes)

Las motivaciones expresadas, destacó el esfuerzo por hacer las cosas perfectas, la mayoría de los pacientes no soportaban que los demás hicieran las cosas con imperfecciones (según sus

cráterios), y ellos no soportaban sus imperfecciones en actividades tanto dentro del trabajo como en sus pasatiempos.

Un marcado involucramiento en el trabajo (la mayoría de los pacientes se incorporaron al trabajo luego de una semana de reposo con más de 8 horas de cumplimiento).

1.6.5. Análisis Cualitativo de la sesión número 5 Evaluación

Referente a esta última fase, los objetivos se cumplieron con gran éxito, pues se logró la comunicación vía telefónica con cada uno de los catorce pacientes, tanto para aplicar el seguimiento semanal, como para aplicar el post – test sin ningún inconveniente.

Es de destacar, que las llamadas durante tres semanas sirvieron como reforzamiento para que los pacientes realizaran las actividades dictadas por el programa y gracias a esto se infiere que haya disminuido la cantidad de pacientes en la categoría de las áreas medidas y los resultados positivos en el post-test.

A continuación serán presentadas las conclusiones de la investigación.

VII. Conclusiones

De acuerdo a la elaboración de esta investigación las conclusiones van a estar centradas en los aspectos relacionados con: el rol del asesor psicológico en la salud, el programa de asesoramiento psicológico, los instrumentos utilizados y los resultados de la investigación. En base a esto se concluye lo siguiente:

1.- En cuanto al rol del Asesor Psicológico en la salud

Debido a la evidente factibilidad que tiene el Asesoramiento Psicológico de participar en el área de la salud, el rol del psicólogo asesor en este campo y en el área de rehabilitación cardíaca se perfila hacia:

La elaboración de programas correctivos y preventivos en cuanto a estilo de vida sano.

El suministro de información referente a nuevos hábitos saludables

El establecimiento de la relación psicoterapéutica de ayuda dirigidos al restablecimiento de la salud y crecimiento personal.

La atención a familiares

El enlace comunicacional médico - paciente

La atención de la dimensión espiritual, tanto de pacientes como de familiares

El individuo en la toma de consciencia tanto de su persona como de su enfermedad

El asesor es un facilitador que de acuerdo a cada situación o conflicto que tiene la persona, a través de sus vivencias o en experiencia vivencial la ayuda a tomar consciencia o darse cuenta, permitiendo que la persona-paciente descubra sus propios recursos y desarrolle alternativas de vida para su bienestar.

2.- El Programa de Asesoramiento Psicológico

El Programa de Asesoramiento Psicológico para Pacientes con Enfermedades Coronaria, diseñado y aplicado para la investigación, es útil para reducir algunas áreas de Riesgo Psicológicos a las Enfermedades Cardiovasculares, específicamente las relacionadas con Estímulos Ambientales Estresantes y Hábitos Comportamentales.

3. En cuanto a los Instrumentos

Los instrumentos diseñados para la investigación mostraron ser útiles para la evaluación de Estímulos Ambientales Estresantes, Hábitos Comportamentales y Trastornos Emocionales, esta última área complementada con el JAS hace más efectiva su evaluación.

4.- En cuanto a los Resultados

Existen diferencias significativas con respecto a la medida inicial analizada mediante la prueba no paramétrica de Pares Igualados de Wilcoxon en el área de Estímulos Ambientales Estresantes, mientras que en las áreas de Hábitos Comportamentales y Trastornos Emocionales no hubo diferencias significativas con respecto a la medida inicial.

A través del análisis porcentual llevado a cabo en las distintas áreas estudiadas se concluye que los factores de riesgo disminuyeron luego de haber aplicado un Programa de Asesoramiento Psicológico.

A través del seguimiento semanal se concluye que la categoría **Riesgoso**, al cabo de tres semanas en las áreas estudiadas disminuyó sesiblemente (un 71% para **E.A.E.**, un 58% para **H.C.** y un 58% para **T.E.**), es decir, hubo una reducción en los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de alguna enfermedad cardíaca

La mitad de los pacientes estudiados poseían un Patrón de Conducta Tipo A, esto quiere decir que se comprueba la incidencia de este factor en el desarrollo de enfermedades isquémicas en un 50% de los casos estudiados para esta investigación.

Existe una íntima relación entre Hábitos Comportamentales y Herencia, dado el alto grado de correlación entre estas dos variables ($r= 0,384$), puede concluirse que estos hábitos son aprendidos desde temprana edad, asunto que se corrobora por el estudio hecho por Batista y Novaes (1998)

La experiencia de algún evento cardíaco en el individuo influye en la adquisición de Hábitos Comportamentales saludables, asunto que se corrobora por la alta correlación existente entre estas dos variables ($r= 0,739$)

VIII. Limitaciones

Limitaciones de tiempo

Las limitaciones de tiempo se manifestaron en relación a la permanencia del paciente en el recinto hospitalario, ya que sometidos a procedimientos de angioplastía permanecen hospitalizados durante un día, dificultando entonces la aplicación del programa aun cuando el programa fue diseñado con esta consideración que escapaban al control del facilitador.

También ocurría que en el paciente, en los últimos minutos antes de egresar de alta, decrecía su interés en recibir la intervención. En otro orden de ideas, el tiempo de aplicación en cada paciente no era homogéneo, lo que podía durar, por ejemplo, 10 minutos en uno, duraba 30 minutos en otro, limitando la intervención en otro paciente el mismo día. Dándose el caso que en dos oportunidades tres pacientes fueron sometidos al mismo procedimiento y su permanencia de hospitalización fue la misma

Por otra parte la intervención médica genera en el pacientes dolores, por lo cual se le suministran calmantes que le impedía la lucidez total para realizar la intervención en su segunda fase (la aplicación de los instrumentos de medición) y había que esperar la disminución del efecto de los medicamentos.

Limitaciones de la muestra

No hubo opción en discriminar la muestra, debido a eventos azarosos y cuestiones de tiempo que impedían aplicar el programa a un número mayor de pacientes.

Demandas de las necesidades manifestadas por los pacientes

Estas demandas sobrepasaron los objetivos planteados por el programa, ya que los pacientes solicitaron atención psicoterapéutica más profunda.

IX. Recomendaciones

Aplicar el programa en un lapso de tiempo más largo (aproximadamente de un año).

Ampliar el número de facilitadores

Aplicar el programa a un número mayor de pacientes.

Aplicar el programa en pacientes que no hayan tenido algún evento cardíaco anterior, es decir, pacientes que presentan por primeras vez enfermedades cardiovasculares.

Debido a las necesidades demandadas por los pacientes se abre un espacio para desarrollar un programa de tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.

X. Reflexiones

A través de lo investigado haré algunas reflexiones acerca de la enfermedad cardiovascular. A mi parecer esta enfermedad tiene su origen en lo social, generalmente una sociedad necesita de categorías, jerarquías, convirtiéndose así en una sociedad competitiva. Por otro lado, la educación (institución sagrada de la sociedad) solamente educa personas que puedan ganarse la vida, más no da el espacio a la vida en sí misma. La educación no solamente es incompleta sino también dañina, porque está basada en la competencia. Todo el esfuerzo que hace un individuo en general, es para conseguir un nombre, fama, toda clase de ambiciones. Naturalmente, los individuos tienen que luchar y estar en conflicto con ellos mismos y con los demás.

Desde antes de nacer el espermatozoide compite por llegar al óvulo, más aún cuando nacemos y crecemos en un núcleo familiar cualquiera que sea, no cumplimos con las expectativas de nuestros padres y desde niños nos vamos moldeando a la falsa creencia de que tienes que ser el mejor y tienes que luchar por ser el mejor, de esto no escapa nadie, porque ¿Nuestros padres no habrán pasado por lo mismo?. Al parecer es un círculo vicioso y la competencia cada vez nos aleja más y más de nuestro propio ser, de nuestra propia naturaleza. Cuando Nietzsche habla de la transformación de cordero a camello y de camello a león y de león a niño, él expresa que desde temprana edad la sociedad nos moldea, es decir, somos corderos que tenemos que seguir a las masas, luego somos camellos que tenemos que cargar un cúmulo de responsabilidades, impuestas por quién sabe quién, y que el crecimiento del individuo, como ser humano, consiste en sacar ese león que llevamos por dentro, poderoso y auténtico que es invulnerable a cualquier tipo de presión impuesta desde afuera y transformarnos en el niño inocente nuevamente.

¿Pero qué sucede con este niño?, A lo largo de nuestras vidas lo vamos tapando, ya sea con cigarrillos, ya sea con comida y nos vamos desconectando cada vez más de nuestras emociones. Por eso pienso que todos, absolutamente todos, somos unos cardiopatas en potencia, por el hecho de estar desconectados de nuestra propia naturaleza, de nuestros propios sentimientos, hasta de nuestras propias necesidades, desconectados de nuestro aquí y ahora.

Este aspecto es, lo que desde mi punto de vista desarrolla la personalidad del cardiopata y responde un poco y no en su totalidad, a las siguientes preguntas ¿Qué motiva a las personas a ingerir grandes cantidades de azúcar, grasa y carbohidratos?; ¿Qué motiva a una persona fumar?; ¿El consumo de grandes cantidades de alimentos no beneficiosos para la salud cardíaca y el hábito tabáquico están relacionados?; ¿Qué hay de la dinámica familiar en el

desarrollo de una cardiopatía isquémica?; ¿Qué es lo que impide a una persona ejercitar su cuerpo hasta llegar al extremo del sedentarismo?; ¿Qué hay de sentimientos de culpa, represión y búsqueda de aceptación y aprobación?; ¿Qué hay de los procesos individuales del asesor? Pues la persona que pretenda embarcarse en ayudar a este tipo de pacientes, desde mi punto de vista, no escapa a esta realidad.

La alternativa que encuentro, es regresar a las cosas más sencillas, es decir, vivir cada día como si fuera el último, algo similar al eterno retorno que expresa Nietzsche y a estar en contacto con el aquí y el ahora, cosa que expresa Barroso (1987) y Polster y Polster (1974), esto implica un cambio de estilo de vida, enmarcado en el momento histórico individual que viva cada persona, porque si bien es cierto, la enfermedad cardiovascular (o cualquier otra que se sea) no es un castigo o una dolencia, sino una oportunidad de cambio y de crecimiento personal.

XI. Bibliografía.

Adler, A. (1975). **El conocimiento del hombre. (6ta. ed.)** Madrid, España: Colección Austral

Almeida, D.F. (1994). **Ejercicio y enfermedad cardíaca riesgos y beneficios del ejercicio.** Trabajo Presentado en el IX Curso Anual: Tópicos de Actualidad en Rehabilitación Cardíaca, Caracas, Venezuela.

Althiler, L. and Motta, R. (1994). Effects of aerobic and nonaerobic exercise on anxiety, absenteeism, and job satisfaction. **Journal of Clinical Psychology**, 50, (6), 829 – 840.

Appels, A. y Mulder, P.(1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction **European Heart Journal**, 9, 758-764.

Apples, Ad. (1999). **Inflamación, depresión y enfermedad coronaria.** Trabajo presentado en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud y I Congreso Nacional de Medicina Conductual, Caracas, Venezuela.

Apples, Ad. (1999). **Vital exhaustion, depression and coronary artery disease.** Trabajo presentado en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud y I Congreso Nacional de Medicina Conductual, Caracas, Venezuela.

Arteaga, M. (1994). **Enseñanza y promoción de salud.** Maracaibo, Venezuela: Hospital Universitario de Maracaibo.

Barroso, M. (1987). **Autoestima: ecología o catastrofe.** Caracas, Venezuela: Editorial Galac.

Batista de Alcino, A. y Novaes Lipp, M. E. (1998) Reactividad cardiovascular de niños en Situaciones de estrés social. **Psicología. COM [Online]**, 2, (2), 20 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_4.htm [2 de marzo de 1999]

Bennet, P. (1999). **Health promotion: New models for old.** Trabajo presentado en el I Congreso Nacional de Psicología de la Salud y I Congreso Nacional de Medicina Conductual, Caracas, Venezuela.

Bueno, A. M. y Buceta, J. M. (1997). **Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudio de casos.** Madrid, España: Dickinson.

Casado, (1996): **Entrevista psicológica y comunicación humana.** Caracas, Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico UCV.

Casado, M.I., Camuñas, N, Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención Cognitivo conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en Hábitos de alimentación. **Psicología. COM [Online], 1, (1),** 79 párrafos. Disponible en: [Http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm) [2 de marzo de 1999]

Castillo Valery, A. (1986). Conceptos generales sobre ética, moral y sus aplicaciones en la medicina actual. En A. Castillo Valery (Ed.) **Ética Médica Ante el Enfermo Grave.** Barcelona: JIMS.

Catipovi c- Vaselica, K., Buri c D., Ilakovac V., Amid zi c V., Kosmar, D., Durjam cek J. Skrinjarig S. (1995). Association of scores for types a behavior with age, sex, Occupation, education, life needs satisfaction, smoking and religion inteligencia. 184 employess. **Psychol. Rep., 77,(1),** 131-138.

Correa, G. y Dos Reis, C. (1995). **Indicadores de hostilidad y depresión en el test de Rorschach de un grupo de pacientes con enfermedades cardiovasculares.** Tesis de Licenciatura en psicología. UCV, Caracas.

Corrigan, P. W., Hess, L. and Garman, A. N. (1998). Results of a job analysis of Psychologists working in state hospitals. **Journal of Clinical Psychology, 54, (1),** 11-18.

Chirinos, E. (1985). **Impacto psicológico de la cirugía en el paciente preoperatorio.** Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. (Trabajo de ascenso)

D'Empaire, G. y Parada, M.I. (1997) El servicio Apoyo Psicosocial en UCI: un tema de Bioética aplicada, en la búsqueda de una mejor atención al paciente crítico. **Clínica Médica HCC, II, (2),** 113-121.

Diez, M. B. (1975). **Proceso psicossomático terapéutico: relajación dinámica concentrativa.** México D.F., México: Trillas.

Dimsdale, J. E. (s.f) **Controversias acerca del comportamiento de Tipo-A y la enfermedad coronaria.** Fuente incompleta

Dossey, L. (1982) **Space, time medicine, boulder**, Colorado, E.E.U.U.: Shambala Publications.

Fagan, J. (1973). **Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica.** Buenos Aires, Argentina: Amorrortur Editores

Farber, E. W. and Burge- Callaway, K. (1998) Differences in anger, hostility, and Interpersonal aggressiveness in Tipe A and Tipe B adolescents. **Journal of Clinical Psychology**, 54, (57), 945 – 952.

Frasure-Smith, N., Lespenance, F & Ialojie, M. (1995). The impact of negative emotinos on Prognosis following myocardial infartion: Is it more than depression?. **HEALTH PSYCHOLOGY**, 14, (5), 388 – 398.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). **Type A behavior and your heart.** New York, E.E.U.U.: Knof.

Gómez, O. L. (1970). **Frente al enfermo.** Caracas Venezuela: Ediciones de la Biblioteca

Goncalves, M. O. (1995). **Reacción al estrés en pacientes con cáncer y pacientes con Enfermedad cardiovascular: estudio exploratorio.** Tesis de Licenciatura en Psicología. UCV, Caracas, Venezuela.

Glass, E. y Stanley, J.C. (1980). **Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales.** Madrid, España: Prentice Hall.

Jenkis, C., Zyzanski, S. y Rosenman, R. (1992) **Inventario de Actividades de Jenkins.** Madrid, España: Manual TEA.

Jimenez, L. M. (1986). **El pensamiento de Nietzsche.** Madrid, España: Editorial Cincel.

Maroto, J. M., Zarzosa, C., Artiago, R., Morales, M. D., Lozano, M., Carcedo, C., Vazquez, C. y Martínez, I. (1992). Rehabilitación en la cardiopatía isquémica: resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico. **Arch Inst Cardiol**, 62, 579-586.

McGuigan, F. J. (1996). **Psicología experimental: métodos de investigación**. México D.F., México : Pretice Hall.

Michalup, E. L. (1983) **Enfoque antropológico del paciente con un accidente coronario agudo**. Ponencia presentada en el Curso de Rehabilitación Cardíaca en las Jornadas del XXX Aniversario del Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela.

Michalup, E. L. (1983). **Aspectos psicosociales en pacientes con cardiopatía isquémica**. Ponencia presentada en el X Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “En honor al Bicentenario del Libertador”, Caracas, Venezuela.

Monsalve, K. (1998). **Efectos de un programa de asesoramiento psicológico para la reducción de la ansiedad en pacientes coronarios**. Tesis de Licenciatura en Psicología. UCV, Caracas, Venezuela.

Nakano, K. (1995). A measurement scale for the Type A behavior pattern inteligencia women: the development of the Everyday Behavior Questionnaire. **Shinrigaku Kenkyu**, 66,(2), 121-6.

Parada, M. (1993). **Diseño, aplicación y evaluación de un programa de apoyo Psicosocial para paeintes en rehabilitación cardíaca**. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Psicología Social. UCV, Caracas, Venezuela.

Parada, M.I. (1994). **Perfil psicológico del drogadicto**. Trabajo Presentado en el IX Curso Anual: Tópicos de Actualidad en Rehabilitación Cardíaca. Caracas, Venezuela.

Pérez, C. (1997). **Actividades recreativas y características laborales en pacientes con infarto del miocardio**. Tesis de maestría en psicología. USB, Caracas, Venezuela.

Perez, C. y Bagés, N (1999) Recreational activities and Job strain inteligencia miocardial Infartion patiens. **SOLAMEC**, 3, (4), 6.

Polster, E. y Polster, M., (1974). **Terapia gestáltica**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Restrepo, H. E. (1992) **La salud cardiovascular**. Organización Mundial de la Salud.

Rogers, C. (1971). **El proceso de convertirse en persona**. Barcelona, España: Editorial Paidós.

- Rogers, C. (1978). **Orientación psicológica y psicoterapia**. Madrid, España: Narcea.
- Roskies, E.(1987). **Stress management for the healthy Tipe A:Theory and practice**. New York, E.E.U.U.: The Gilford Press
- Rouvière, H y Delmas, A. (1988) . **Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional**. México D.F., México: Masson.
- Santoro, (1987): **La comunicación humana: aproximación psicosocial**. Caracas, Venezuela: UCV Escuela de Psicología.
- Sanz, M. E. (1993). Roles del psicólogo clínico en un equipo interdisciplinario de salud. **Psicología Clínica**, 1,(1), 9-15.
- Shekelle, R., Gale, M., Ostfeld, A. y Paul, O. (1983) **Hostility, risk of coronary disease, and mortality**. *Psychosomatic Medicine*, 245, 219-228.
- Shertzer, B. y Stone, S. (1972). **Manual para el asesoramiento psicológico**. México D.F., México: Paidos.
- Siegel, S. (1995). **Estadística no paramétrica**. México D.F., México: Trillas
- Thorson, J. A. and Powell, F. C. (1997). Psychological health and sense of humor. **Journal of Clinical Psychology**, 53, (6), 605 – 619.
- Tortoledo, F. (1998). **Temas de educación al paciente**. [Online]. Disponible en: <http://www.internet.ve/tortoledo.htm> [6 de marzo de 1999]
- Tyler, L. (1983). **La función del orientador**. México D.F., México: Trillas.
- Wright, L., Abbanato, K. R., Lancaster, C., Bourke, M. L. and Nielsen, B. A. (1994). Gender-related subcomponent differences in high tipe A subjects. **Journal of Clinical Psychology**, 50, (5), 677-680.

ANEXOS

ENCUESTA “ESTILO DE VIDA SANO”

N° _____

NOMBRE(S): _____

APELLIDO(S): _____

FECHA _____ / _____ / _____

1. ¿Conoce usted las técnicas de respiraciones “rítmicas y respiraciones completas”?

Si _____ No _____

2. ¿La pone en práctica?

Si _____ No _____

3. ¿Cuántas veces a la semana? _____**4. ¿Conoce los beneficios que estas técnicas pueden proporcionar a su salud cardíaca?**

Si _____ No _____

5. Nombre tres beneficios que estas técnicas le puede proporcionar a su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

6. ¿Conoce usted las técnicas de visualizaciones?

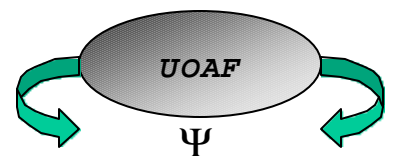
Si _____ No _____

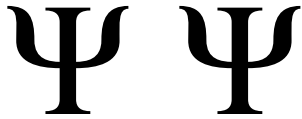
7. ¿La pone en práctica?

Si _____ No _____

8. ¿Cuántas veces a la semana? _____**9. ¿Conoce los beneficios que estas técnicas pueden proporcionar a su salud cardíaca?**

Si _____ No _____





10. Nombre tres beneficios que estas técnicas le puede proporcionar a su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

11. ¿Conoce usted la técnica de relajación corporal?

Si____ No__

12. ¿La pone en práctica?

Si____ No__

13. ¿Cuántas veces a la semana? _____

14. ¿Conoce los beneficios que estas técnicas pueden proporcionar a su salud cardíaca?

Si____ No__

15. Nombre tres beneficios que estas técnicas le puede proporcionar a su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

16. ¿Conoce usted la técnica de concentración “contando la respiración”?

Si____ No__

17. ¿La pone en práctica?

Si____ No__

18. ¿Cuántas veces a la semana? _____

19. ¿Conoce los beneficios que estas técnicas pueden proporcionar a su salud cardíaca?

Si____ No__

20. Nombre tres beneficios que estas técnicas le puede proporcionar a su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

21. ¿Conoce usted ejercicios de concentración sobre una figura geométrica?

Si ___ No ___

22. ¿La pone en práctica?

Si ___ No ___

23. ¿Cuántas veces a la semana? _____

24. ¿Conoce los beneficios que estas técnicas pueden proporcionar a su salud cardíaca?

Si ___ No ___

25. Nombre tres beneficios que estas técnicas le puede proporcionar a su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

26. ¿Ud. Fuma?

Si ___ No ___

27. ¿Cuántos cigarrillos diarios? _____

28. ¿Sabe Ud. el daño que causa el cigarrillo sobre su salud cardíaca?

Si ___ No ___

29. De ser afirmativa su respuesta nombre tres efectos perjudiciales que produce el cigarrillo sobre su salud cardíaca

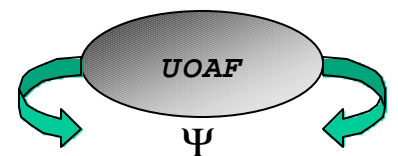
A: _____

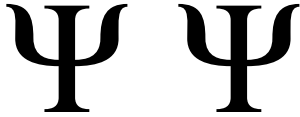
B: _____

C: _____

30. Ingiere Ud. Café?

Si ___ No ___





31. ¿Cuántas veces a la semana? _____
32. ¿Sabe Ud. el daño que causa el exceso de consumo de café sobre su salud cardíaca?
Si ___ No ___
33. De ser afirmativa su respuesta nombre tres efectos perjudiciales que produce el exceso de consumo de café sobre su salud cardíaca.
A: _____
B: _____
C: _____
34. ¿Ingiere Ud. bebidas alcohólicas?
Si ___ No ___
35. ¿Cuántas veces a la semana? _____
36. ¿Sabe Ud. el daño que causan las bebidas alcohólicas sobre su salud cardíaca?
Si ___ No ___
37. De ser afirmativa su respuesta nombre tres efectos perjudiciales que producen las bebidas alcohólicas sobre su salud cardíaca
A: _____
B: _____
C: _____
38. ¿Le es fácil para Ud. conseguir el sueño?
Si ___ No ___
39. ¿Cuántas horas de duerme Ud. aproximadamente? _____
40. ¿Conoce Ud. los beneficios que un buen sueño puede proporcionar sobre su salud cardíaca?
Si ___ No ___
41. Nombre tres beneficios que un buen descanso puede proporcionar sobre su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

42. ¿Ud. realiza algún ejercicio Físico?

Si____ No__

43. ¿Cuántas veces a la semana?_____

44. ¿Conoce los beneficios de la actividad física sobre su salud cardíaca?

Si____ No__

45. Nombre tres beneficios que las actividades físicas producen sobre su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

46. ¿Consumen Ud. alimentos con alto contenido de grasas (carne de res o de cochino)?

Si____ No__

47. ¿Cuántas veces a la semana?_____

48. ¿Sabe Ud. que alimentos son beneficiosos para su salud cardíaca?

Si____ No__

49. Nombre tres alimentos beneficiosos para su salud cardíaca.

A: _____

B: _____

C: _____

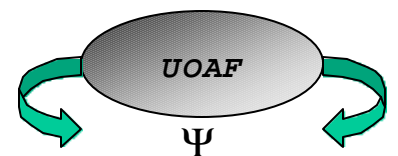
50. ¿Ud. Trabaja?

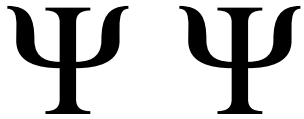
Si____ No__

51. ¿Cuántas horas a la semana aproximadamente a la semana?_____

52. ¿Sabe el daño que puede causar el exceso de trabajo sobre su salud cardíaca?

Si____ No__





53. Nombre tres efectos perjudiciales que el exceso de trabajo produce sobre su salud cardíaca

A: _____

B: _____

C: _____

54. ¿A que dedica Ud. el tiempo libre? Explique

55. ¿Sabe Ud. los beneficios que los momentos de ocio le proporcionan a su salud cardíaca?

Si____ No____

56. De ser afirmativa su respuesta, nombre tres efectos beneficiosos que producen los momentos de ocio sobre su salud cardíaca

A: _____

B: _____

C: _____

57. ¿Se ha sentido apático, o a notado que su irritabilidad ha incrementado?

Si____ No____

58. ¿Con que frecuencia?_____

59. ¿En que situaciones se ha sentido apático, o ha notado que su irritabilidad se ha incrementado? (Describa la situación)

60. ¿Ha sentido pérdida del apetito sexual?

Si____ No____

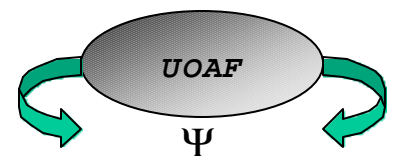
¿Con que frecuencia?_____

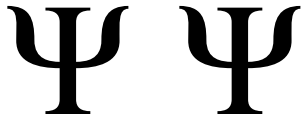
61. ¿Sabe Ud. que las emociones pueden afectar su salud cardíaca?

Si____ No____

62. Mencione tres emociones que pudieran afectar su salud cardíaca

1. _____





2. _____

3. _____

63. **Describa tres actividades que realiza para aliviar las emociones que Ud. considera negativa para su salud cardíaca:** _____

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DE SALUD

N° _____

I. DATOS PERSONALES SOCIO DEMOGRÁFICOS

A). NOMBRE(S): _____

B). APELLIDO(S): _____

C). DIRECCIÓN: _____

D). TELEFONO: _____ - _____ - _____

E). SEXO:

2. M.

1. F.

F). EDAD: _____

G). ESTADO CIVIL

1. SOLT.

2. CASADO

3. VIUDO(A)

4. UNIDA (O)

5. DIVOR.

6. SEPARADO(A)

H). TIENE HIJOS?

1. SI

2. NO

I). CUANTOS?

1

4-6

2-4

6-10

J). NIVEL DE INSTRUCCIÓN

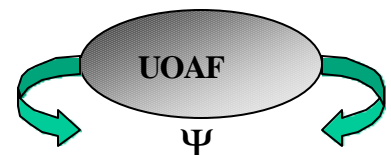
1. UNIVER.

3. SECUND.

5. TEC. MEDIO

2. TEC. S

4. PRIMAR.



K). FUENTE DE INGRESO

- | | |
|-------------|---------------|
| 1. HERENCIA | 2. S. MENSUAL |
| 3. COMERCIO | 4. S. SEMANAL |

L). VIVIENDA PRINCIPAL

- | | | |
|---------|-----------|-----------|
| 1. CASA | 2. APART. | 3. RANCHO |
|---------|-----------|-----------|

M). TIPO DE VIVIENDA

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. ALQUILADA | 2. PROPIA |
|--------------|-----------|

En el siguiente apartado por favor conteste de acuerdo a como son las cosas para usted y no como Ud. querría que fuera (los datos de esta encuesta son confidenciales)

1. Ha estado hospitalizado(a) en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____ Cuantas veces? _____ Razón _____

2. Ha faltado al trabajo por motivos de salud en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____ Cuantos días? _____

3. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? (marque con una X)

1. Tensión alta

2. Infarto

3. Angina

4. Asma

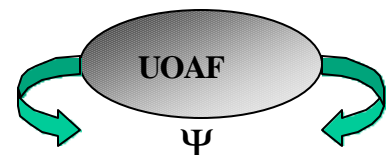
5. Bronquitis

6. Ulcera

7. Diabetes

4. Favor marcar con una “X” si alguno de los familiares señalados ha padecido de estas enfermedades.

	Tensión alta	Infarto	Angina de pecho	Asma	Ulcera
PADRE					
MADRE					
HERMANOS					



CONTROL SEMANAL ESTILO DE VIDA SANO

N° _____

SEM.N° _____

NOMBRE(S): _____

APELLIDO(S): _____

FECHA ____ / ____ / ____

1. ¿Ha puesto en práctica las respiraciones “rítmicas y respiraciones completas” durante la Semana?

Si ____ No ____

2. ¿Cuántas veces? _____

3. ¿Ha puesto en práctica la relajación corporal?

Si ____ No ____

4. ¿Cuántas veces? _____

5. ¿Ha puesto en práctica las técnicas de visualizaciones?

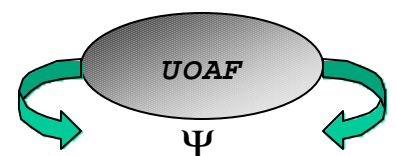
Si ____ No ____

6. ¿Cuántas veces? _____

7. ¿Ha puesto en práctica la técnica de concentración “contando la respiración”?

Si ____ No ____

8. ¿Cuántas veces? _____



9. ¿ Ha puesto en práctica la técnica de concentración sobre una figura geométrica?

Si____ No____

10. ¿Cuántas veces?_____

11. Ha fumado Ud. durante la semana?

Si____ No____

12. ¿Cuántos cigarrillos ha fumado durante la semana? _____

13. ¿Ud. ha tomado café durante la semana?

Si____ No____

14. ¿Cuántas veces a la semana?_____

15. Ha Ud. consumido bebidas alcohólicas durante la semana?

Si____ No____

16. ¿Cuántos tragos a bebido Ud. durante la semana?_____

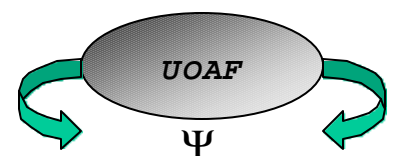
17. ¿Ud. ha dormido bien durante esta semana?

Si____ No____

18. ¿Cuántas horas de sueño aproximadamente?_____

19. Ha hecho Ud. Ejercicios durante la semana?

Si____ No____



20. ¿Cuántas veces a la semana ha hecho Ud. ejercicio? _____

21. ¿Ha consumido Ud. alimentos con alto contenido de grasas (carne de res o de cochino) durante la semana?

Si _____ No _____

22. ¿Cuántas veces? _____

23. Ha trabajado Ud. durante la semana?

Si _____ No _____

24. ¿Cuántas horas a trabajado durante la semana? _____

25. ¿A que ha dedicado su tiempo libre? Explique

26. ¿Se ha sentido apático durante la semana?

Si _____ No _____

27. ¿Recuerda cuántas veces a la semana? _____

28. ¿Que actividades a hecho para calmar aquellas emociones que le perjudican a su salud cardiaca? _____

29. ¿Con que frecuencia a la semana? _____

